

Udvikling af et forebyggende tilbud til Sundhedscenter Vejle

*- der formår at få sygemeldte med stress og
depression tilbage til arbejde*

Vejleder: Henrik Bøggild

Ekstern samarbejdspartner: Sundhedscenter Vejle

Gruppe 1060:
Sofie Stefanie Devantie Hansen
Kirsten Kjeldager Øe
Lina Nørgaard

**Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab
School of Medicine and Health**

**Anslag: 284.394
Dato for aflevering: 01.06.2015**

Resumé

Titel: Udvikling af et forebyggende tilbud til Sundhedscenter Vejle – der formår at få sygemeldte med stress og depression tilbage til arbejde.

Problemstilling: Mentale helbredsproblemer, herunder stress og depression, er i dag nogle af de primære årsager til sygefravær og udgør en stigende del af tilkendelserne af førtidspension. På trods af stigningen mangler der stadig evidens for virkningsfulde indsatser, der formår at få sygemeldte med stress og depression tilbage til arbejde. Grundet denne manglende evidens er der et behov for at undersøge, hvad der kan få denne målgruppe tilbage til arbejde.

Formål: Projektet undersøger, hvordan der kan udvikles guidelines til et tilbud i Sundhedscenter Vejle, der formår at få sygemeldte med stress og depression hurtigt tilbage til arbejde.

Metode: Der udføres et systematisk litteraturstudie, hvis fund af elementer sammenholdes med et casestudie, som anvender en kvalitativ dataindsamlingsmetode i form af semistrukturerede interviews. Resultaterne fundet i litteraturstudiet og interviewundersøgelsen kobles med teorien om Sense Of Coherence, med henblik på at bidrage til en dybere forståelse af empirien.

Resultater: Faglige og andre elementer kan have betydning for sygemeldte med stress og depressionens tilbagevenden til arbejde. De faglige elementer, der har betydning, er selvhjælpsøvelser, fysisk aktivitet, psykoterapi samt undervisning, herunder opnåelse af viden og bevidsthed om tilstanden. De andre elementer der har betydning er kontakt til arbejdsgiver, støtte fra pårørende, holdets gruppedynamik og tidsaspektet - tidlig start og opfølgning. Resultaterne viser yderligere, at de sygemeldte, gennem de fundne elementer på sigt kan fremme oplevelsen af Sense Of Coherence. Yderligere bør tilbuddets målgruppe afgrænses til sygemeldte med stress og mild grad af depression.

Konklusion: Det konkluderes, at der skal tages højde for forskellige faglige og andre elementer i det kommende tilbud, for at få sygemeldte med stress og depression tilbage til arbejde. Gennem tilbuddet kan sygemeldte via elementerne opnå redskaber som på sigt kan være med til at fremme deres Sense Of Coherence. Endvidere kan det konkluderes, at det er mere hensigtsmæssigt at have fokus på, at den sygemeldte vender tilbage til arbejde frem for, at den sygemeldte vender hurtigt tilbage til arbejde, da det kan øge sandsynligheden for en bæredygtig tilbagevenden.

Abstract

Title: Development of a preventive intervention to Sundhedscenter Vejle - which enables employees on sick leave with stress and depression to return to work.

Background: Mental health problems, including stress and depression, is today one of the main causes of sickness absence and increased early retirement. The reasons behind are not fully understood and clear evidence is still missing of how to make effective interventions, enabling employees on sick leave with stress and depression to return to work. Due to the lack of evidence, there is a need to examine further, what can be done for the target group to return to work.

Aim: The project investigates how to develop guidelines for a health intervention at Sundhedscenter Vejle, which will enable employees on sick leave with stress and depression to return to work fast.

Method: A systematic literature review is undertaken where the findings are compared with a case study that uses a qualitative data collection method in the form of semi-structured interviews. The results found in the literature study and interview survey coupled with the theory of Sense of Coherence, is used to contribute to a deeper understanding of the empirical data.

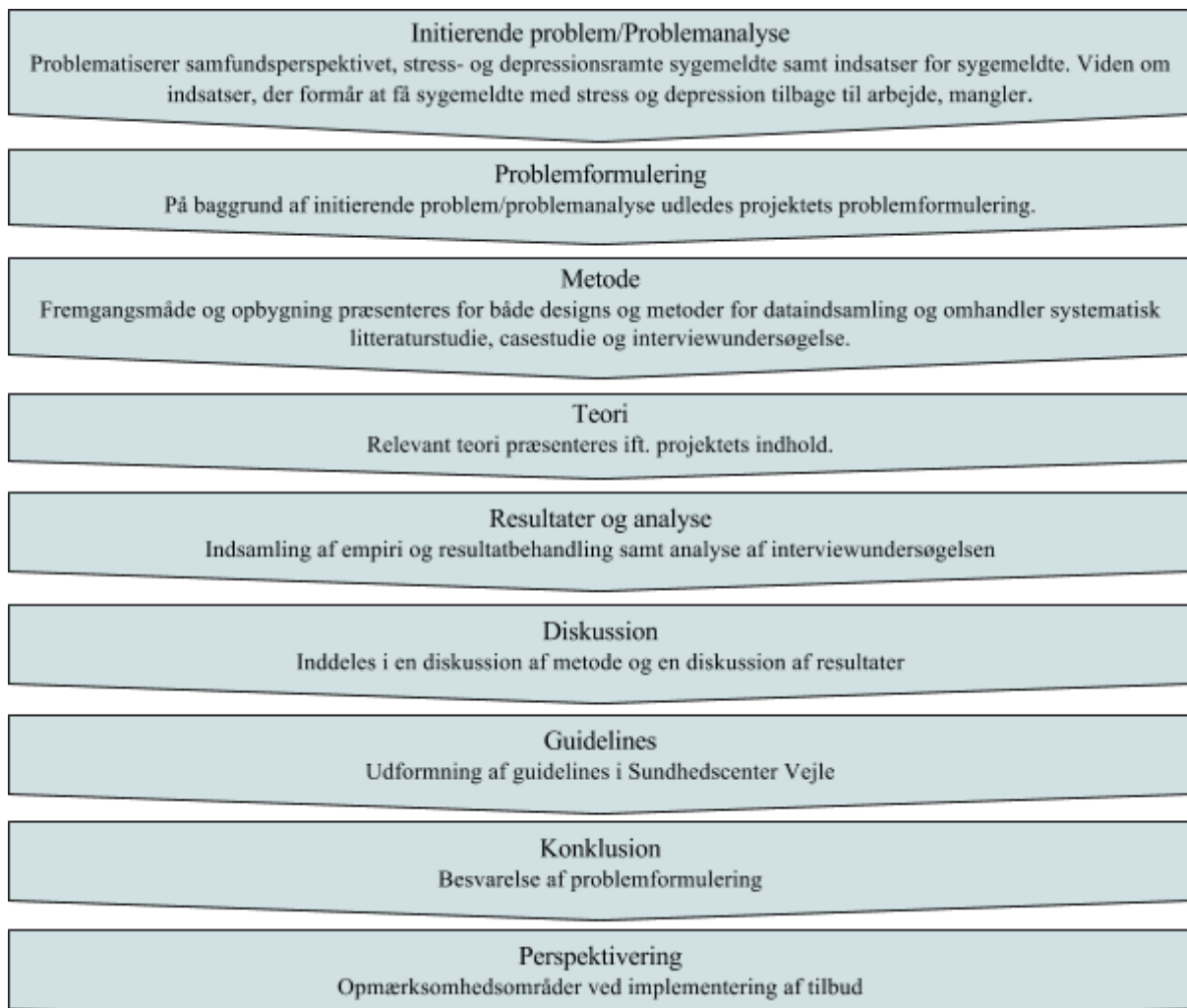
Results: Professional elements and other elements may affect how quickly employees on sick leave with stress and depression return to work. The professional elements that have shown to have an effect are; self-help exercises, physical activity, psychotherapy in addition to education and training including awareness of the condition. The other elements that have an impact are; contact to the employer, support from next of kin, group dynamics and the time aspect, i.e., early start and follow-up. The results further show that the employees on sick leave through the identified elements over time can promote Sense of Coherence. In addition, the intervention should be restricted to include employees on sick leave with stress and mild depression.

Conclusion: To secure a faster to return to work for employees on sick leave, we need to take into account both professional elements and other elements that are available. Through the intervention and the elements included, the employees on sick leave can obtain tools, which in the long-term can promote their Sense of Coherence. Furthermore, it is more appropriate to focus on getting the employees on sick leave to return to work versus focusing on getting the employees on sick leave to return to work fast, as it increases the probability of a sustainable return for the employees.

Læsevejledning

Nærværende kandidatspeciale (herefter omtalt som projekt) er opbygget på en simpel og overskuelig måde. Projektet består af 14 kapitler, som hver især består af afsnit samt eventuelt underafsnit. Hvert kapitel indledes med en metatekst, der belyser formålet med kapitlet, hvad det indeholder samt relevans for projektet. Figur 1 viser et overblik over projektets overordnede opbygning.

Figur 1: Overblik over projektets overordnede opbygning



Kilde: Egen tilvirkning

Første gang betydningsfulde begreber nævnes i projektet, skrives de med *kursiv*, hvorefter de vil skrives almindeligt. Derudover skrives citater ligeledes med *kursiv*. Der anvendes fodnoter i det omfang, det findes nødvendigt at definere eller forklare begreber yderligere. Derudover anvendes der forkortelser i projektet. Først vil det fulde begreb skrives, hvorefter forkortelsen angives i en parentes, f.eks. Sense of Coherence (SOC). Desuden anvendes der,

løbende igennem projektet, gængse forkortelser, ligesom der løbende henvises til relevante bilag. Ved figurer, udarbejdet af projektgruppen, skrives *egen tilvirkning*.

Informanter, der har bidraget med data til projektet, er anonymiseret af hensyn til deres privatliv. Transskriberingerne af de foretagne interviews kan fremsendes ved forespørgsel.

Indholdsfortegnelse

1	INITIERENDE PROBLEM	1
2	PROBLEMANALYSE	3
2.1	SAMFUNDSPERSPEKTIV	3
2.1.1	<i>Sygedagpengereformen</i>	4
2.1.2	<i>Årsager til sygemelding</i>	4
2.2	SYGEMELDTE MED STRESS OG DEPRESSION	6
2.2.1	<i>Definition af stress</i>	6
2.2.2	<i>Definition af depression</i>	7
2.2.3	<i>Målemetoder</i>	8
2.2.4	<i>Hvem rammes og hvorfor?</i>	9
2.2.5	<i>Behandlingsmetoder</i>	10
2.3	FOREBYGGELSE	10
2.3.1	<i>Forebyggende indsatser</i>	11
2.4	VEJLE KOMMUNE	15
2.4.1	<i>Nuværende kursus "Håndtering af stress og depression"</i>	16
2.4.2	<i>Det kommende tilbud for stress- og depressionsramte sygemeldte</i>	17
3	AFGRÆNSNING	19
4	PROBLEMFORMLERING	20
5	METODE	21
5.1	LITTERATURSTUDIE	21
5.1.1	<i>Indledende søgning</i>	21
5.1.2	<i>Databasesøgning</i>	22
5.1.3	<i>Søgetermer</i>	22
5.1.4	<i>Søgestrategi</i>	22
5.1.5	<i>Inklusions- og eksklusionskriterier</i>	23
5.1.6	<i>Udvælgelse og vurdering af studier</i>	24
5.2	CASESTUDIE	25
5.3	INTERVIEWUNDERSØGELSE	26
5.3.1	<i>Interview</i>	26
5.3.2	<i>Transskribering</i>	28
5.3.3	<i>Analyse</i>	29
5.3.4	<i>Verifikation</i>	29
5.3.5	<i>Etiske overvejelser i interviewundersøgelsen</i>	30
6	VIDENSKABSTEORETISK TILGANG	32
6.1	FÆNOMENOLOGISK	32
6.2	HERMENEUTIK.....	33
7	TEORETISK REFERENCERAMME	35
7.1	SALUTOGENETISK TILGANG	35
7.2	STRESSORER.....	36
7.3	SENSE OF COHERENCE.....	36
7.4	UDVIKLING AF SENSE OF COHERENCE	38
8	RESULTATER OG ANALYSE	40

8.1	LITTERATURSTUDIE	40
8.1.1	<i>Faglige elementer</i>	43
8.1.2	<i>Andre elementer</i>	49
8.2	INTERVIEWUNDERSØGELSE	54
8.2.1	<i>Faglige elementer</i>	54
8.2.2	<i>Andre elementer</i>	56
8.2.3	<i>Samlet oplevelse</i>	63
8.3	SAMLEDE RESULTATER.....	65
8.3.1	<i>Faglige elementer</i>	65
8.3.2	<i>Andre elementer</i>	69
8.3.3	<i>Samlet oplevelse</i>	73
9	DISKUSSION.....	78
9.1	DISKUSSION AF METODE OG TEORI.....	78
9.1.1	<i>Litteraturstudie</i>	78
9.1.2	<i>Casestudie</i>	83
9.1.3	<i>Interviewundersøgelse</i>	83
9.1.4	<i>Teori</i>	87
9.2	DISKUSSION AF RESULTATER	89
9.2.1	<i>Aktivitetsbaserede tilbud</i>	89
9.2.2	<i>Fysisk aktivitet og selvhjælpsøvelser</i>	90
9.2.3	<i>Kontakt til arbejdspladsen</i>	90
9.2.4	<i>Støtte</i>	92
9.2.5	<i>Tid og opfølgning</i>	93
9.2.6	<i>Sygdomsforståelse</i>	95
9.2.7	<i>Målgruppen</i>	96
9.2.8	<i>Problematikken i hurtigt tilbage til arbejde</i>	100
9.2.9	<i>Etiske problemstillinger ved målsætningen</i>	103
9.2.10	<i>Vurdering af resultater</i>	104
9.2.11	<i>Generalisering af resultater</i>	107
10	GUIDELINES	109
11	KONKLUSION	111
12	PERSPEKTIVERING	113
13	REFERENCELISTE	115
14	BILAGSFORTEGNELSE.....	124

1 Initierende problem

En hvidbog, der bygger på international og national litteratur, har kortlagt sammenhængen mellem mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Heri angives, at mentale helbredsproblemer, herunder stress og depression, i dag udgør en betydelige del af den samlede sygefravær og en stigende del af tilkendelser af førtidspension. Det står i kontrast til, at hvidbogen fastslår, at det ikke er muligt at angive antallet af personer, der sygemeldes med mentale helbredsproblemer i Danmark. Argumentet er, at der ikke foreligger et tilstrækkeligt videnskabeligt grundlag for et pålideligt skøn over den præcise udbredelse af mentale helbredsproblemer (Borg, Nexø, Kolte & Andersen, 2010). Ovenstående indikerer, at der er stor usikkerhed omkring omfanget af sygemeldte med mentale helbredsproblemer, men samtidig er udarbejdelsen af hvidbogen en klar indikation af, at der mangler viden om, hvordan sygemeldte med mentale helbredsproblemer formår at komme tilbage til arbejde. En anden grund til at have fokus på området er de samfundsøkonomiske omkostninger, der anslås at udgøre 55 mia. kr. årligt, hvoraf hovedparten af omkostningerne skyldes førtidspension, langvarigt sygefravær og nedsat arbejdsevne (Ibid.). Det kan vække undren, at det er muligt at beregne omkostningerne, i og med det ikke er muligt at angive antallet af sygemeldte med mentale helbredsproblemer.

Den formodede stigning af sygemeldte med mentale helbredsproblemer er sandsynligvis en af årsagerne til den øgede opmærksomhed på området. En landsdækkende spørgeskemaundersøgelse foretaget af COWI for Sundhedsstyrelsen, som 62% af landets kommuner og alle landets regioner har besvaret, viser, at forebyggelse af psykisk sygdom og fremme af mental sundhed er et højt prioriteret område, der de seneste år har fået mere fokus (COWI, 2012). På trods af den øgede opmærksomhed på området er der stadig begrænset viden om interventionsmodeller, der formår at få sygemeldte med mentale helbredsproblemer tilbage til arbejde (Martin et al., 2013). Der er eksempelvis udviklet indsatser til behandling af arbejdsrelateret stress. Disse indsatser er heterogene ift. interventionstype, interventionsniveau, deltagere og resultatvariable, hvilket gør det vanskeligt at sammenligne resultater på tværs af indsatserne (Netterstrøm, Friebel & Ladegaard, 2013). I spørgeskemaundersøgelsen vurderes det ligeledes, at sammenligning på tværs af indsatser for sygemeldte med mentale helbredsproblemer er vanskeligt (COWI, 2012). Uden mulighed for at sammenligne effekter af indsatserne kan brugbar erfaring gå tabt, som ellers kunne anvendes i udviklingen af bedre evidens. Den manglende viden kan yderligere være med til at øge risikoen for, at nye indsatser medfører

utilsigtede konsekvenser, f.eks. ved at forværre en tilstand i stedet for at forbedre den. Fremadrettet betyder det, at samfundet fortsætter med at have store omkostninger til indsatser, der reelt set ikke ved om har en effekt på stress- og depressionsramte og deres tilbagevenden til arbejde. Hertil er der samtidig begrænset viden om stress- og depressionsramtes oplevelser og erfaringer med at vende tilbage til arbejde, hvilket kan have betydning for, hvornår og om de vender tilbage til arbejde (Nielsen et al., 2011). Der er derfor et behov for at undersøge, hvad der får stress- og depressionsramte tilbage til arbejde samt mere dybdegående viden om sygemeldtes oplevelser med at vende tilbage til arbejde.

2 Problemanalyse

Problemanalysen er med til at afdække problemfeltet for nærværende projekt samt indsnævre problemstillingen. Indledningsvist vil problemanalysen give en introduktion til samfundsperspektivet på sygefraværet i Danmark. Dernæst belyses sygemeldte med stress og depression med henblik på at definere målgruppen, hvorefter der gives et indblik i de forebyggende indsatser¹ på området for at afdække erfaringer på området. Problemanalysen afsluttes med en introduktion til Vejle Kommune, som er nærværende projekts case. Dette vil lede frem til en problemafgrænsning, hvorefter projektets problemformulering følger.

2.1 Samfundsperspektiv

I 2008 kom regeringen med en handlingsplan, hvori målsætningen var at nedbringe sygefraværet i Danmark med 20% frem mod 2015. Hensigten med planen var bl.a. at reducere andelen af sygemeldte på sygedagpenge. Valget for handlingsplanen grundede i, at sygefraværet var et problem for den enkelte og for samfundet (Regeringen, 2008). De samfundsmæssige konsekvenser består bl.a. i de omkostninger, der er forbundet til sygefraværet. Ved at personer sygemeldes fra arbejdet, øges omkostningerne til sygedagpenge. Derudover kommer der omkostninger til indsatser, der iværksættes i sundhedsvæsenet til at afhjælpe helbredsproblemerne og i beskæftigelsessystemet for at bringe de sygemeldte tilbage til arbejde (TTA) (Høgelund, 2012). Yderligere omkostninger for samfundet er tilfældet, hvis den sygemeldte ender på førtidspension, hvilket der er øget risiko for jo længere sygefraværsvarighed (Lund, Kivimäki, Labriola, Villadsen & Christensen, 2008). Sygefraværet øger også omkostningerne for arbejdspladserne i tabt produktion (Høgelund, 2012), da udbuddet af arbejdskraft reduceres (Beskæftigelsesministeriet, 2008) (s. 4).

Siden handlingsplanen trådte i kraft, er der sket et fald i antallet af sygemeldte (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2014), hvilket, ifølge tal fra Beskæftigelsesministeriet, også er tilfældet blandt personer på sygedagpenge. Tallene viser, at fra november 2012 til december 2014, er antallet af sygedagpengemodtagere faldet fra 75.900 til 70.199 personer (Beskæftigelsesministeriet (d); Beskæftigelsesministeriet (c)). Handlingsplanens indvirkning på sygefraværet er ikke nødvendigvis et udtryk for, at flere er kommet TTA. Den nye sygedagpengereform, der trådte i kraft d. 1. juli 2014, kan have indflydelse på det fald, der er for antallet af sygedagpengemodtagere. I den nye reform er perioden for sygedagpenge forkortet fra

¹ Begrebet *indsats* vil i nærværende projekt blive anvendt både for indsatser fundet i studier samt mere generelt for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

52 uger til 22 uger (Sundhed.dk, 2015a). Den nye reform kan dermed komme til at fremstå mere positiv, end hvad der reelt er tilfældet, da et fald i antallet af sygedagpengemodtagere ikke nødvendigvis skyldes, at de er kommet TTA. I stedet kan muligheden for, at de er overgået til ressourceforløbsydelse², kontanthjælp eller pension/førtidspension være til stede. Hvis det er tilfældet, vil det have den betydning, at omkostningerne er flyttet fra en kassebeholdning til en anden, samtidig med at problemet, med at få de sygemeldte TTA, ikke er løst.

Den nye sygedagpengereform har til hensigt at få de sygemeldte hurtigt tilbage til arbejde (HTTA), hvilket nedenstående afsnit vil redegøre for.

2.1.1 Sygedagpengereformen

I den nye sygedagpengereform skal sygedagpengemodtagere efter fem måneder til en samtale, hvor det vurderes, om de kan få forlænget sygedagpengene efter de opstillede forlængelsesregler, eller om de skal overgå til et jobafklaringsforløb (Beskæftigelsesministeriet (b)). Den nye reform stiller større krav til kommunerne om nye og hurtigere indsatser til de sygemeldte, da revurderingstidspunktet er ændret fra 52 uger til 22 uger (Sundhed.dk, 2015a). Den nye reform kræver, at kommunerne tidligt i sygemeldingen får igangsat et forløb for den sygemeldte, således der ved uge 22 kan vurderes, hvorvidt den sygemeldte er arbejdsdygtig. Det betyder, at indsatser til sygemeldte skal gøres mere intensive med fokus på, at de kommer HTTA.

Den nye reform medfører ikke kun pres på kommunen, men også på den sygemeldte. Flere af de sygemeldte vil opleve et mindre indkomstniveau ved at overgå til sygedagpenge (Sundhed.dk, 2015b). Hvorvidt det vil presse den sygemeldte vil være individuelt. Ved at den enkelte efter 22 uger kan overgå til ressourceforløbsydelse og derved til et endnu lavere indkomstniveau, kan det betyde, at presset fra starten er større, end det tidligere har været. Derfor er det nødvendigt med indsatser til sygemeldte, der formår at få dem TTA eller formår at skabe en afklaring af deres situation.

2.1.2 Årsager til sygemelding

Der findes ingen statistiske oplysninger om, hvad de sygemeldte fejler (Beskæftigelsesministeriet, 2008) (s. 6-7), hvilket gør det vanskeligt at belyse fordelingen af, hvad gruppen af sygemeldte er sygemeldt med. På den baggrund indhentede Det Nationale Forskningscenter

² Ressourceforløbsydelse gives til dem der ikke længere er berettiget sygedagpenge (efter 22 uger) (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering), og svarer til niveauet for kontanthjælp og er dermed for de fleste, lavere end sygedagpenge (Sundhed.dk, 2015a).

for Arbejdsmiljø (NFA) resultater fra en undersøgelse omkring langvarig sygefravær. Den viste, at i 2007 dækkede *mentale helbredsproblemer* 25% af de undersøgte langvarige sygdomsforløb (Beskæftigelsesministeriet, 2008). Begrebet mentale helbredsproblemer skal i nærværende projektet ses som en bred betegnelse for psykiske tilstande, som inkluderer depression, angst, adfærdsforstyrrelser (Folker & Sindballe, 2012) og stress. Mentale helbredsproblemer vil blive anvendt i de tilfælde, hvor studier eller rapporter ikke opdeler stress og depression, men i stedet ser samlet på mentale helbredsproblemer. Anvendelsen af begrebet underbygges af en dansk undersøgelse af Nielsen et al. (2011), som finder, at ca. 85% af de, der sygemeldes under betegnelsen mentale helbredsproblemer, er sygemeldt pga. stress og/eller depression³. Tallene indikerer, at hovedparten af gruppen med mentale helbredsproblemer består af personer med stress og depression. Ud fra de 25%, der dækker mentale helbredsproblemer af langvarige sygdomsforløb, er det vanskeligt at vurdere, hvor mange der er ramt af stress og depression. Men studiet af Nielsen et al. (2011) viser, at knap 35% af de, der sygemeldes med mentale helbredsproblemer, lider af depression og ca. 50% lider af stress. Det stemmer overens med, at stress og depression er de mentale helbredsproblemer, som optræder oftest i den erhvervsaktive del af befolkningen (Petersen, 2011). Yderligere underbygges det i Sundhedsstyrelsens rapport *Stress i Danmark - hvad ved vi*, som angiver, at stress er et stigende problem i den danske befolkning (Nielsen & Kristensen, 2007). Denne stigning tydeliggøres i de nationale sundhedsprofiler, hvor der fra 2010 til 2013 er sket en stigning i andelen med et højt stressniveau fra 20,8% til 21,3% (Christensen, Davidsen, Ekholm, Pedersen & Juel, 2014).

For antallet af borgere med depression anslås det, at prævalensen er omkring 10%, hvis alle typer af depressionstilfælde medregnes (Borg et al., 2010). Denne prævalens er dog forskellig fra den prævalens, et studie finder, der har undersøgt prævalensen af depression i den danske befolkning, som er på ca. 4% (Olsen, Mortensen & Bech, 2004). Forskellen i prævalenserne kan skyldes anvendelsen af forskellige målemetoder i forskellige undersøgelser, hvilket gør det vanskeligt at sætte et entydigt tal på andelen af personer, der lider af depression i den danske befolkning (Borg et al., 2010). Det samme problem om målemetoder til depression kan gøre sig gældende for stressramte, hvilket afsnittet 2.2.3 *Målemetoder* vil komme nærmere ind på.

³ Stress og/eller depression vil i projektet efterfølgende blive benævnt *stress og depression* for at simplificere det, men der vil stadig menes, at det er muligt at have stress alene eller sammen med depression og ligeledes omvendt.

I og med det tyder på, at en relativ stor gruppe af dem, der sygemeldes, er ramt af stress og depression, er det relevant at få mere viden om denne gruppe for at vurdere, hvordan de bedst kan hjælpes.

2.2 Sygemeldte med stress og depression

Det følgende afsnit kommer ind på definitionerne af stress og depression, målemetoder, hvem der rammes, samt hvordan stress og depression behandles.

2.2.1 Definition af stress

Stress er et komplekst begreb, hvortil der er forskellige definitioner og forståelser (Andersen & Brinkmann, 2014). I den internationale stresslitteratur arbejdes der især ud fra tre definitioner. Den første definition går i retning af en medicinsk/biologisk forståelse af begrebet, hvor stress ses som en tilstand i individet (Netterstrøm, 2014). Den anden definition går i retning af en sociologisk forståelse af stress. Her defineres stress som faktorer i omgivelserne, der påvirker individet (Rod, 2011). Den tredje definition går i retning af den psykologiske forståelse af stressbegrebet. Her anvendes den amerikanske psykolog Richard Lazarus og amerikanske professor Susan Folkman definition, hvor stress ses som:

”Et særlig forhold mellem personen og omgivelserne, som opfattes som en belastning af personen, eller som overstiger hans eller hendes ressourcer og truer hans eller hendes velbefindende” Oversat fra Lazarus & Folkman, 1992, s. 19.

Definitionen henviser til den interaktion, der er mellem omgivelser og individet, hvori den belastning, der indgår, har en negativ indflydelse på individets velbefindende (Netterstrøm, 2007). De forskellige definitioner på stress viser, at der blandt forskere og fagfolk hverken er en klar eller officiel definition af stress, hvorfor der også er problemer ift., hvordan der udvikles behandlingsmetoder og forebyggende tiltag til denne gruppe. Dertil er stress ikke en selvstændig anerkendt diagnose i de officielle diagnosesystemer (Andersen & Brinkmann, 2014), og stress er derfor ikke en sygdom, men en belastningstilstand.

Forståelsen af begrebet bliver endnu bredere, hvis lægmand skal definere stress, for i hverdagskontekst omtales stress ofte som et almindeligt fænomen, der dækker over travlhed (Sundhedsstyrelsen, 2007a). Stress bliver i høj grad italesat, hvorved det kan være svært at vurdere, om den stigning, der ses i forekomsten, er et udtryk for en reel stigning eller blot et udtryk for en begrebsudvidelse, som dækker travlhed (Netterstrøm, 2014). I og med der findes forskellige definitioner på stress, er det med til at vanskeliggøre betydningen af begrebet,

idet der er forskellige forståelser heraf. Det samme gør sig gældende, når stress bliver sat i forbindelse med forebyggelse, da det er nødvendigt at vide, hvordan stress defineres for at udvikle forebyggende indsatser.

Dette projekt tager udgangspunkt i den tredje forståelse af stress, da nærværende projekt hverken ser stress som kun en tilstand i individet eller en faktor forårsaget af omgivelserne, men som en interaktion mellem omgivelser og individet. En interaktion mellem ydre og indre forhold kan skabe en belastning hos den sygemeldte, som derved kan føre til stress. For at få en dybere forståelse af hvad stress er, bør der skelnes mellem kortvarig og langvarig stress.

Kortvarig og langvarig stress

Den kortvarige stress opleves i pressede situationer og bringer kroppen i alarmberedskab, men er en normal reaktion og tilstand (Videnscenter for arbejdsmiljø). Symptomerne ved kortvarig stress er karakteriseret ved anspændthed og øget opmærksomhedsniveau, men kortvarig stress har ingen helbredsmæssige konsekvenser i form af sygdom (Netterstrøm, 2014). Derimod er langvarig stress mere alvorligt. Den opstår, når situationer eller begivenheder, som stresser, ikke forsvinder og derved forhindrer kroppen i at slappe af (Gerlach, 2006; Videnscenter for arbejdsmiljø). Langvarig stress kan på sigt medføre en øget risiko for en række sygdomme såsom hjertesygdomme og blodtryksforhøjelse. Yderligere kan langvarig eller ubehandlet stress på sigt medføre udvikling af depression. Symptomerne ved længerevarende stress er karakteriseret ved en række ikke-specifikke symptomer såsom søvnløshed, træthed og ulyst (Netterstrøm, 2014). Det kan derfor få betydelige helbredsmæssige konsekvenser at være stresset over en længere periode. Fremadrettet i projektet vil begrebet stress dække over langvarig stress, med mindre der gøres opmærksom på andet.

2.2.2 Definition af depression

Depression er i modsætning til stress en diagnose. Depression hos individet kan påvirke både følelseslivet, kroppen, tankegangen, adfærden samt motivationen (Depressionsforeningen, 2009). Der er forskellige grader af depression, som kan være forårsaget af en forudgående traumatisk begivenhed (Andersen & Brinkmann, 2014) eller pga. stressede livsbegivenheder, genetisk komponent, tvangspræget samt ængstelig personlighedsstruktur, lav socioøkonomisk status osv. (Sundhed.dk, 2012). Graderne af depression inddeles i mild, moderat og svær.

Ved mild depression kan hverdagen stadig fungere, dog kan det besværliggøre det sociale liv samt arbejdsmæssige opgaver. Ved moderat depression kan den sygemeldte have svært ved at fungere socialt eller på arbejdet. Personer med svær depression kan hverken fungere socialt

eller på arbejdet og oplever yderligere, at der ofte er problemstillinger med daglige og personlige gøremål (Ibid.). Depressionsramte kan dermed blive diagnosticeret med forskellige grader af depression. Det kan være vanskeligt at skelne symptomerne mellem de forskellige grader af depression (Borg et al., 2010). Det afhænger af, hvordan symptomerne er, hvor mange der er til stede, og i hvor lang tid den enkelte har haft dem. Symptomer som nedtrykt-hed, manglende energi og manglende interesse ved det, der førhen gjorde én glad, kaldes for kernesymptomer og er sikre depressionssymptomer (Bech, 2010). Øvrige symptomer kan bl.a. være, at den enkelte føler en form for selvbebrejdelse, skyldfølelse, manglende selvtillid og rastløshed (Sundhedsstyrelsen, 2007b). Diagnosen depression kan derfor indeholde forskellige former for symptomer.

Nærværende projekt vil have fokus på både stress- og depressionsramte, da prævalensen for denne gruppe tyder på at være stigende blandt sygemeldte.

2.2.3 Målemetoder

Der findes forskellige målemetoder til at konstatere stress, og det afhænger af, hvilken type respons der ønskes undersøgt. Til undersøgelse af fysiologiske reaktioner kan der bl.a. foretages målinger af adrenalin- og kortisolniveauer samt målinger af hjerterytmen (Sundhedsstyrelsen, 2007a). En anden målemetode er EEG⁴, som måler stress i hjernen (Stressforeningen). Til måling af psykologiske og adfærdsmæssige effekter ved stress anvendes spørgeskemaer (Kopp et al., 2010), såsom Sheldon Cohens Perceived Stress Scale (PSS)⁵.

Den mest anvendte metode til at måle depression er gennem spørgeskemaet *Major Depression Inventory*⁶, udformet af WHO (Sundhedsstyrelsen, 2007b). Anvendelsen af målemetoder til at konstatere stress og depression kan være med til at gøre diagnosticeringen lettere for lægen. På den anden side kan der ud fra ovenstående omkring kompleksiteten i tilstandene⁷ være sandsynlighed for, at målemetoderne ikke opfanger denne kompleksitet og derved være årsag til fejldiagnosticeringer.

Selvom der findes forskellige målemetoder til at fastslå stress og depression, som lægen kan benytte sig af, vil den samlede vurdering af den sygemeldtes tilstand være lægens vurdering. De målemetoder, lægen bruger til at fastslå stress og depression, samt hvordan patienten ud-

⁴ EEG står for elektroencefalografi

⁵ PSS er en valideret stressskala til at måle stressniveauet (Christensen et al., 2014).

⁶ Skemaet indeholder 10 spørgsmål, der er afgrænset ift. 10 vigtige symptomer ved depression og derved kan det være med til at måle symptomerne de seneste to uger (Bech, 2010; Gerlach, 2006).

⁷ Tilstand vil både dække over belastningstilstanden stress samt sygdommen depression.

lægger sin version af symptomer og forløb, har derfor afgørende betydning for diagnosticeringen af depression og stress. Det kan vække undren, at det er muligt at vurdere graden af stress og depression ved én konsultation, der ofte kun varer 10-15 minutter. Der er derfor en reel mulighed for, at stress- og depressionsramte får konstateret en forkert tilstand, som kan få afgørende betydning for den efterfølgende behandling (Borg et al., 2010).

2.2.4 Hvem rammes og hvorfor?

Stress og depression er individuelt og kan ramme alle uanset alder, uddannelse og køn (Nielsen & Kristensen, 2007; Sundhedsstyrelsen, 2007b). Undersøgelser har dog vist, at risikoen for at blive ramt af depression er større for kvinder end for mænd, og at kvinder generelt angiver flere stressrelaterede problemer end mænd (Nielsen, Kristensen, Schnohr & Gronbaek, 2008; Olsen et al., 2004). Derimod påvirker de helbredsmæssige konsekvenser mænd mere ved stress (Nielsen et al., 2008). Selvom undersøgelser viser, at der er personer, der er i større risiko end andre for at blive ramt af stress og depression, vil det afhænge af, hvordan den enkelte vurderer og reagerer på belastninger og livsbegivenheder ud fra individets personlige og miljømæssige faktorer. Vurderingen sker ud fra, hvordan den enkelte efterfølgende håndterer og reagerer psykisk og fysisk på belastningerne og livsbegivenhederne (Rod, 2011; Sundhedsstyrelsen, 2007b).

Denne tankegang er i overensstemmelse til den amerikanske-israelske sundhedssociolog Aaron Antonovskys teori om *Sense of Coherence*⁸ (SOC). Teorien om SOC fokuserer på sundhed i stedet for sygdom og sætter spørgsmålstegn ved, hvorfor mennesker (for)bliver sunde, samt hvorfor nogle personer er bedre til at tackle stress end andre (Antonovsky, 2000). Denne teori kan dermed være med til at forklare og forstå, hvorfor nogle personer bliver ramt af stress og depression, mens andre ikke gør på trods af, at de udsættes for samme belastninger og livsbegivenheder, såkaldte *stressorer* (Hyldig, 2008). Antonovsky definerer en stressor som et krav, hvor den enkelte ikke umiddelbart har et tilgængeligt, automatisk og tilpasset svar (Jensen & Johnsen, 2000). Det betyder, at mennesker med en højere SOC er i stand til at sætte de stressorer, de stilles overfor, ind i en meningsfyldt sammenhæng (Antonovsky, 2000). Ydermere viser undersøgelser, at en lav grad af SOC er forbundet med en større risiko for at få stress og depression (Foureur, Besley, Burton, Yu & Crisp, 2013). Graden af den enkeltes SOC kan derfor være afgørende for, hvor sund den enkelte person er. Teorien om SOC kan derved være med til at give en forståelse af, hvorfor nogle rammes af stress og de-

⁸ Sense of Coherence oversættes til *følelse af sammenhæng* (Antonovsky, 2000).

pression, mens andre ikke gør. Der vil forekomme en yderligere uddybelse og begrundelse for anvendelse af Antonovskys teori om SOC i afsnit 7 *Teoretisk referenceramme*.

2.2.5 Behandlingsmetoder

Der tilbydes forskellige former for behandling af stress og depression i den offentlige og private sektor (Netterstrøm, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2007b). Behandlingsmetoder, der tilbydes personer med stress, er bl.a. individuelle psykologsamtaler og meditationskurser (Rod, 2011), men som udgangspunkt ikke medicinske behandlingsmetoder (Stressforeningen, 2011). Oftest er de behandlingsmetoder, der tilbydes stressramte, en anvendelse af “sund fornuft” og fagfolks egne erfaringer (Rod, 2011). Anvendelsen af forskellige behandlingsmetoder kan skyldes, at der er begrænset dokumentation for, hvordan stress skal behandles. Det bakkes op af, at undersøgelser understreger behovet for øget forskning i virkningsfulde forebyggelses- og behandlingsmetoder (Nielsen & Kristensen, 2007).

Til behandling af personer med depression deles behandlingsmetoderne op efter graden af depression. Ved mild form for depression anbefales ingen medicin, men i stedet psykosociale behandlinger samt støttende samtaler. Ved moderat og svær depression anbefales medicinske og psykologiske behandlinger i form af antidepressiv medicin og psykoterapi, såsom kognitiv adfærdsterapi eller problemløsende behandling (World Health Organization, 2012). Effekten af de forskellige behandlingsmetoder for depression vurderes ifølge Sundhedsstyrelsen heller ikke at være veldokumenteret (Sundhedsstyrelsen, 2007b).

En årsag til at der er forskellige behandlingsmetoder, kan være de udefinerbare og brede definitioner på stress og depression. Det at der ikke er klare definitioner på stress og depression samt symptomerne herpå er mange, kan være med til at gøre det vanskeligt at afgøre, hvilke behandlingsmetoder der er de mest optimale. Samlet må det vurderes, at de forskellige behandlingsmetoder samt manglen på dokumentation af disse kan være årsag til, at de sygemeldte ikke får den optimale behandling.

På grund af ovenstående kan det være svært at fastslå, hvordan der kan behandles samt forebygges mod stress og depression, og hvordan en indsats bør udformes.

2.3 Forebyggelse

Følgende afsnit belyser forebyggelse for at få en forståelse af, hvilken forebyggende tilgang nærværende projekt tager. Yderligere vil nedenstående afsnit fremhæve og analysere

resultater fra forebyggende indsatser på området, for at sikre et optimalt grundlag for nærværende projekts forebyggende indsats.

Nærværende projekt vil have fokus på *patientrettet forebyggelse*, idet fokus har til formål at forebygge, at tilstanden hos stress- og depressionsramte ikke udvikler sig yderligere (Tønnesen et al., 2005). Derudover vil der indgå sundhedsfremmende elementer i indsatsen. De sundhedsfremmende elementer vil omhandle, hvordan den sygemeldte kan opnå redskaber, der øger dennes ressourcer og handlemuligheder til at forbedre egen tilstand og på sigt (for)blive sund (Jensen & Johnsen, 2000). Forebyggelse og sundhedsfremme er to forskellige perspektiver, der kan supplere hinanden ift. at skabe en indsats (Tønnesen et al., 2005), hvorfor begge perspektiver vil anvendes i nærværende projekt.

2.3.1 Forebyggende indsatser

Til forebyggelse af sygefraværet indgik arbejdsmarkedets parter⁹ i 2008 en aftale med regeringen med det formål at nedbringe sygefraværet. Arbejdstilsynet har i den forbindelse fået udarbejdet en hvidbog¹⁰, der skal guide aktørerne omkring eksisterende viden af mentale helbredsproblemer, sygefravær og arbejdsfastholdelse. Informationer fra hvidbogen er anvendelige for aktører til udvikling af indsatser over for medarbejdere med mentale helbredsproblemer (Borg et al., 2010). En række offentlige aktører har efterfølgende foretaget forebyggende indsatser for sygedagpengemodtagere, herunder sygemeldte med stress og depression.

De følgende afsnit vil fremhæve erfaringer fra to store nationale projekter, som har haft fokus på at få sygemeldte TTA. De er udvalgt, fordi de har samme fokus som nærværende projekt, men inddrager en bredere målgruppe end stress- og depressionsramte. Det ene projekt er *Tilbage Til Arbejdet* (TTA-projektet) og det andet er forsøgsprogrammet *Koordineret Virksomhedsrettet Indsats for Sygedagpengemodtagere kategori 2*¹¹ (KVIS-projektet). Derudover vil resultater fra en rapport, foretaget af seniorforsker Jan Høgelund for Arbejdsmarkedsstyrelsen omhandlende resultater fra nationale og internationale studier af beskæftigelseseffekten og af beskæftigelsesrettede indsatser for sygemeldte inddrages (Høgelund, 2012) for at få indblik i, hvad der er foretaget på det internationale område. Ud over at få indblik i forskellige indsatser vil litteraturen give indblik i elementer, som kan have betydning for en forebyggende indsats. Disse elementer vil derefter vurderes ift. deres relevans i en kommende indsats for

⁹ *Arbejdsmarkedets parter* er arbejdsgiverne, lønmodtagerne og staten (Beskæftigelsesministeriet (a)).

¹⁰ *En hvidbog* er en dybdegående rapport udgivet af regeringen med det formål at oplyse regeringen eller offentligheden omkring et givent emne eller sag (Ordbogen).

¹¹ *Kategori 2* henviser til, at sygemeldingen forventes at vare over otte uger efter første fraværsdag, men kommunen vurderer ikke, at der er behov for en tværfaglig indsats (Sundhed.dk, 2015a)

stress- og depressionsramte sygemeldte og ud fra denne vurdering tages med videre i projektets bearbejdning.

TTA-projektet

Projektet blev udarbejdet på baggrund af trepartsaftalen med et forslag om at gennemføre et større TTA-projekt, hvori 22 kommuner deltog (Winzor et al., 2012). TTA-projektets målgruppe inkluderede en bred gruppe af sygemeldte, hvor sygefraværet omhandlede psykiske, sociale og misbrugsrelaterede årsager, hvori depression og stress var de hyppigste selvrappede sygefraværsårsager (Nielsen & Aust, 2013). Projektet havde flere formål hvori et af dem var at etablere en tidlig tværfaglig og koordineret indsats for sygemeldte med udgangspunkt i den enkeltes behov. Derudover havde projektet til hensigt at få udarbejdet viden om, hvorvidt implementering af en tidlig tværfaglig indsats fik sygemeldte hurtigere og varigt TTA (Ibid.).

Resultaterne fra TTA-projektet viste kommunale forskelle i effekterne af indsatserne. Nogle kommuner formåede at reducere sygefraværsvarigheden hos de sygemeldte, som deltog i TTA-projektet, sammenlignet med sygemeldte, der fik andre indsatser, mens andre kommuner ingen effekt oplevede på sygefraværsvarigheden (Winzor et al., 2012). Et element, der i TTA-projektet ser ud til at have en effekt på at få sygemeldte TTA, er bl.a. en tidlig og koordineret indsats, hvor denne er tilpasset den sygemeldtes behov, hvilket kan indebære en tværfaglig og beskæftigelsesrettet indsats. Yderligere elementer, der kan være afgørende for en effektiv indsats, er en god implementering samt samarbejde og ledelse, hvor der lægges vægt på fælles kommunikation mellem aktørerne (Ibid.).

De ovenstående elementer, der viser en positiv effekt på at få sygemeldte TTA, har det tilfælles, at de ikke indgår i det faglige indhold i indsatsen, hvorfor denne form for elementer fremadrettet vil blive benævnt *andre elementer*. Elementer, der indgår i den faglige del af tilbuddet, vil blive benævnt *faglige elementer*. Faglige elementer i de kommunale indsatser indeholdende sygemeldte med mentale helbredsproblemer, som blev fundet anvendelige, var psykoedukation¹² og stresshåndtering. Yderligere blev det fundet, at den fysiske aktivitet hjalp de sygemeldte med at håndtere deres mentale helbredsproblemer (Winzor et al., 2012).

¹² *Psykoedukation* er en behandlingsform hvor der formidles viden om mentale helbredsproblemer (Winzor et al., 2012).

KVIS-projektet

KVIS-projektet blev igangsat af Arbejdsmarkedsstyrelsen. I alt blev 14 modelprojekter igangsat i store, mellemstore og mindre kommuner rundt i hele landet (DISCUS, 2014). Formålet med projektet var at få mere viden om, hvilken indsats der virkede for nye sygedagpengemodtagere¹³ med henblik på at få flest TTA. Målgruppen var bred og indeholdte sygemeldte med fysiske og psykiske tilstande. Modelprojekterne skulle med fokus på TTA tilbyde deltagerne en tidlig og tværfaglig afklaring, en individuel opfølgingsplan samt et virksomhedsrettede tilbud (Ibid.).

Resultaterne viste en relativ stor forskel i projekternes succes ift. at få sygemeldte TTA. Otte ud af de 14 projekter havde en signifikant positiv effekt med at få sygemeldte TTA ift. sammenligningskommunerne. I de otte projekter var effekterne af den gennemsnitlige beskæftigelsesandel set over 52 uger efter indsatsstart øget med mellem fire til 16 procentpoint, ift. at den tidligere gennemsnitlige beskæftigelsesandel lå mellem 15-30%. Tre andre projekter havde ikke signifikant effekt, og de tre sidste projekter havde negativ signifikant effekt ift. sammenligningskommunerne (DISCUS, 2014).

Yderligere har de otte mest effektive projekter formået at afholde den første afklarende samtale før uge seks, efter den enkelte er blevet sygemeldt, hvilket kan indikere, at en tidlig indsats har effekt. Ligeledes har de otte mest effektive projekter haft positiv effekt af arbejdsgiverinddragelse, idet det var anvendt hos 34% af deltagerne, der var sygemeldt fra arbejde. Til sammenligning inddrog TTA-projektet arbejdsgiveren i 13% af alle sagerne. Desuden formåede KVIS-projektet i større grad at få sygemeldte med lettere mentale helbredsproblemer TTA ift. sygemeldte fra ledighed. Endvidere viser KVIS-projektet, at kontakten til arbejdsgiveren kan være et element, der er medvirkende til, at sygemeldte fra arbejde kommer HTTA (DISCUS, 2014).

Af faglige elementer, der har været tilbudt i de forskellige kommuner for sygemeldte, har bl.a. været fysisk aktivitet, psykologsamtaler, psykoedukation, kostvejledning, mindfulness og beskæftigelsesrettet undervisning (DISCUS, 2014). Om disse har været medvirkende til, at de sygemeldte er kommet TTA er ikke undersøgt eller vurderet i KVIS-projektet. På baggrund af den viden der er opnået gennem TTA-projektet og KVIS-projektet tages de fundne elementer med videre i projektet til at hjælpe med at udarbejde en interviewguide for at finde ud af, om de fundne elementer også gør sig gældende for stress- og depressionsramte.

¹³ Nye sygedagpengemodtagere er sygemeldte, der har været på sygedagpenge i op til 8 uger (DISCUS, 2014).

Samlede internationale og nationale erfaringer

KVIS-projektet og TTA-projektet giver indblik i, hvad der kan være med til at nedsætte sygefraværsperioden for en bred gruppe af sygemeldte. Til sammenligning har rapporten af Høgelund (2012) indsamlet reviews og enkeltstående studier for at redegøre for væsentlige resultater vedrørende beskæftigelsesrettede indsatser for sygemeldte. Det, der samlet tyder på at have betydning for sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet, er fysisk aktivitet og indsatser rettet mod sygemeldte med mentale helbredsproblemer, dog var resultaterne ikke entydige (Høgelund, 2012). Fysisk aktivitet inddrages ligeledes i KVIS- projektet og TTA-projektet, hvorfor brugen heraf kan have en positiv beskæftigelseseffekt (DISCUS, 2014; Winzor et al., 2012). KVIS-projektet og TTA-projektet peger på, at sygemeldte med mentale helbredsproblemer ligeledes kan opnå en effekt af indsatserne og komme TTA, hvilket underbygger fundene af Høgelund (2012) om, at der skal udarbejdes indsatser til sygemeldte med mentale helbredsproblemer. En tidlig indsats havde ligeledes en positiv indflydelse på tilbagevendelse til arbejde (Høgelund, 2012).

Der er fundet forskellige resultater omkring tværfaglig indsats. Nogle resultater i rapporten af Høgelund (2012) viser, at kontakt mellem sundhedssystemet og arbejdsgiver samt kontakt mellem arbejdsgiver og den sygemeldte har en positiv beskæftigelseseffekt, hvilket også udgjorde en positiv effekt i KVIS-projektet. Et element, som KVIS-projektet og TTA-projektet ikke undersøger, er de sygemeldtes motivation for at komme TTA. Hvorimod rapporten finder en klar sammenhæng mellem de sygemeldtes motivation og tilbagevenden til arbejde (Høgelund, 2012).

Det tyder derfor på, at der med forskellige faglige elementer, men også andre elementer, hvor f.eks. god kommunikation indgår, kan opnås en reducere af sygefraværsværigheden for en bred gruppe af sygemeldte. Forskellen i effektiviteten mellem indsatserne ved TTA-projektet og KVIS-projektet samt i rapporten af Høgelund (2012) kan indikere, at det kan være vanskeligt at vurdere samlet på sygemeldte med forskellige tilstande. Yderligere er der ikke foretaget mange indsatser specifikt rettet mod at få sygemeldte med stress og depression TTA. Derfor vil nærværende projekt undersøge, om de fremfundne faglige og andre elementer fra indsatserne kan være gavnlige for en TTA-indsats henvendt til sygemeldte med stress og depression.

Den øgede opmærksomhed på mentale helbredsproblemer samt det øgede fokus på sygefravær kan være medvirkende årsag til, at Sundhedscenter Vejle er blevet pålagt at skulle udar-

bejde et tilbud til sygemeldte med stress og depression. Sundhedscenter Vejle er derfor i gang med en forandringsproces, hvor de er i opstartsfasen af udviklingen af et nyt tilbud for sygemeldte med stress og depression. Nærværende projekt vil derfor udarbejde guidelines med faglige og andre elementer til det kommende tilbud med det formål at få sygemeldte med stress og depression TTA. Derfor vil følgende afsnit tage udgangspunkt i Sundhedscenter Vejle, som fremadrettet anses som projektets case.

2.4 Vejle Kommune

Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke “Mental Sundhed” fra 2012 har udarbejdet en vurdering af forekomsten af borgere med stress og depression i en gennemsnitskommune på 50.000 borgere (Folker & Sindballe, 2012). På den baggrund har Vejle Kommune anslået, at der i 2013 var 4.353 borgere med depression og over 11.000 af kommunens 108.826 borgere, der følte sig stresset eller nervøse (Sundhedscenter Vejle). Disse tal skal tages med forbehold, da det er Sundhedsstyrelsens antagelser, der er overført til Vejle Kommune, og de kan derfor være behæftet med usikkerhed. Det antal, der følte sig stresset, kan som tidligere nævnt være et udtryk for forskellige forståelser af stress. Tallet kan også dække over nervøsitet, hvilket skaber usikkerhed om, hvor mange af de 11.000 borgere, der reelt er stressede. Tallene giver en indikation på omfanget af stress- og depressionsramte borgere i Vejle Kommune, men det oplyses ikke, hvor mange der forventes at være sygemeldt som følge af stress eller depression. Det gør det vanskeligt at belyse omfanget af stress- og depressionsramte sygemeldte i Vejle Kommune. Der er dog ingen grund til at tro, at Vejle Kommune skiller sig mere eller mindre ud end andre kommuner, hvorfor det vurderes, at stress- og depressionsramte sygemeldte ligeledes er et problem i Vejle. Det kan i nogen grad underbygges af, at efterspørgslen for deltagelse på kommunens nuværende kursus for stress- og depressionsramte er høj, hvilket har medført en venteliste trods kursets korte eksistens siden februar 2014 (Ecke, 2015). Dette kan indikere, at der er efterspørgsel på tilbud til denne målgruppe. I nærværende projekt vil *kurset* henviser til sundhedscentrets nuværende kursus “Håndtering af stress og depression”, mens *det kommende tilbud* henviser til sundhedscentret nye tilbud for sygemeldte med stress og depression.

Grundet efterspørgslen og den formodede stigning af stress- og depressionsramte er det positivt, at Sundhedscenter Vejle politisk er blevet pålagt at udvikle et tilbud til denne gruppe af sygemeldte, hvor målsætningen er “hurtigt tilbage til arbejde”. Sundhedscentret er derfor i en forandringsproces, hvor der skal udvikles og implementeres et nyt tilbud. Det kommende

tilbud skal omhandle personer med stress, samt personer med depression, men det er endnu ikke fastlagt, hvilke grader af depression, der skal indgå. Yderligere skal der i udviklingen af det kommende tilbud indtænkes et af kommunens sundhedspolitiske mål om at opbygge et samarbejde tværsektorielt med relevante aktører i dette tilfælde et samarbejde mellem sundhedscentret og jobcentret¹⁴. Vejle Kommune fastslår, at det er nødvendigt, at relevante aktører indgår i et tværfagligt samarbejde for at opnå en gavnlig effekt for de sygemeldte og for at opnå den bedste og billigste løsning (Sundhedscenter Vejle). Tages erfaringerne fra TTA-projektet i betragtning, virker det hensigtsmæssigt, at det nye tilbud i Vejle Kommune skal benytte sig af et tværfagligt samarbejde, da TTA-projektet viste at have en positiv effekt på sygefraværsvaregheden (Winzor et al., 2012).

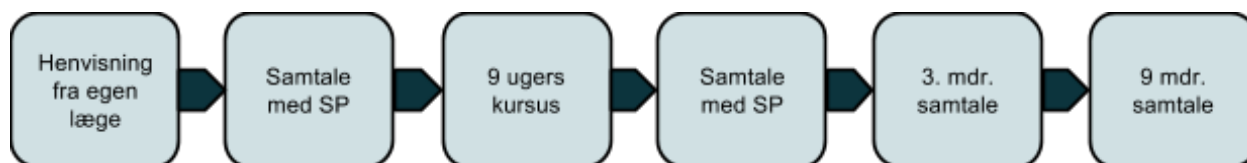
Nærværende projekt vil inddrage erfaringer fra det nuværende kursus for at vurdere, om der er elementer heri, der kan overføres til det kommende tilbud, da målgruppen er sammenlignelig.

2.4.1 Nuværende kursus “Håndtering af stress og depression”

Det nuværende kursus har til formål at give deltagerne redskaber til selvhjælp, således der opnås en øget oplevelse af livsmestring samt evnen til at håndtere egen situation og en hverdag med stress og depression. Kurset har dermed ikke til formål at få borgeren TTA. Desuden giver undervisningen rammer for, at deltagerne kan møde personer med lignende symptomer, udveksle erfaringer samt reflektere med hinanden. Det er hensigten, at deltagerne gennem kurset opnår glæde og gavn af fysisk aktivitet og efter kurset har lyst til at opretholde et vist aktivitetsniveau (Sundhedscenter Vejle; Vejle Kommune, 2014).

Nedenstående figur 2 skitserer forløbet, fra at borgeren bliver henvist fra lægen til sidste opfølgningssamtale. Undervejs i forløbet har borgeren samtaler med en sundhedsprofessionel (SP) fra sundhedscentret for at følge op på forløbet (Ecke, 2015).

Figur 2: Nuværende forløb for stress- og depressionsramte



Kilde: Egen tilvirkning

¹⁴ Jobcentret er den aktør, der køber en ydelse til den enkelte sygemeldte for, at den enkelte kan komme TTA. Ydelsen er sundhedscentrets kommende tilbud.

Kurset består af ni mødedage på ni uger med forskellige emner, som omfatter undervisning og træning (Sundhedscenter Vejle; Vejle Kommune, 2014). Udover de skemalagte undervisningsgange har deltagerne mulighed for at vælge psykologsamtaler og mindfulness¹⁵ (Vejle Kommune, 2014). Kurset er for alle i kommunen, der er ramt af stress og en mild til moderat grad af depression. Erfaringerne viser, at borgere, der deltager, også omfatter folk med svær depression (Ecke, 2015).

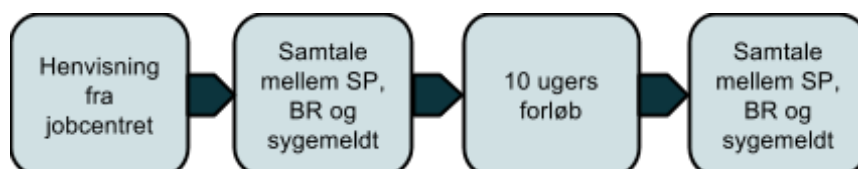
Nærværende projekt skal via individuelle interviews med forhenværende deltagere fra kurset give et indblik i deres oplevelser og erfaringer med kurset samt finde frem til, hvorvidt det har medvirket til at fremme deres SOC og formålet at få dem TTA. Denne viden skal anvendes i udviklingen af guidelines til det kommende tilbud.

2.4.2 Det kommende tilbud for stress- og depressionsramte sygemeldte

Det kommende tilbuds målsætning “hurtigt tilbage til arbejde” står i kontrast til tankegangen på sundhedscentret, hvor der er en helhedsorienteret tilgang til borgeren. De forskellige målsætninger gør, at sundhedscentret ikke kan flytte det nuværende kursusindhold til det kommende tilbud, både fordi målsætninger for tilbuddene er forskellige, og fordi målgruppen for det kommende tilbud til dels er en anden.

Forløbet kommer til at foregå ved, at jobcentrets beskæftigelsesrådgiver (BR) henviser den sygemeldte til sundhedscentrets tilbud. Jobcentret har inden modtaget en lægeerklæring fra den sygemeldtes praktiserende læge, som beskriver den sygemeldtes tilstand. Figur 3 viser, hvordan det kommende forløb forventes at udforme sig, når tilbuddet er udviklet.

Figur 3: Det kommende tilbud for stress- og depressionsramte sygemeldte



Kilde: Egen tilvirkning

Det er hensigten, at den indledende samtale skal omhandle det, der vurderes relevant for at få den sygemeldte HTTA. Efterfølgende skal den sygemeldte deltage i et ti ugers forløb med to gange træning og undervisning om ugen. Efter endt forløb vil der være en samtale mellem de

¹⁵ *Mindfulness* er en metode til håndtering og behandling af pres og stress eller til selvudvikling, hvor man bl.a. gennem meditation fokuserer på evnen til nærvær og at kunne rette sin opmærksomhed og sine handlinger mod det, der foregår i nuet (Ordbogen).

tre parter, hvor det vurderes, om den sygemeldte er klar til at komme TTA. Undervejs afholdes der samtaler mellem SP og den sygemeldte for bl.a. at vurdere, om den sygemeldte er klar til at starte i arbejde, inden tilbuddet afsluttes. Idet forløbet har til hensigt at få den sygemeldte HTTA, vil der løbende optages deltagere i tilbuddet. Det vil betyde, at deltagerne vil opleve at starte op med forskellig undervisning afhængig af tidspunktet for deltagelsesstart (Ecke, 2015). Indsigten i sundhedscentrets overvejelser omkring det kommende tilbud tages med fremadrettet i nærværende projekt.

De tidligere nævnte forebyggende indsatser, der har til formål at få sygemeldte TTA, har, i modsætning til det kommende tilbud i Sundhedscenter Vejle et bredere perspektiv. Det ses ved, at deres formål går på at få sygemeldte TTA fremfor HTTA. I denne bredere målsætning ligger der i højere grad en accept i, at det tager længere tid for den sygemeldte at vende TTA, og at der derved er større fokus på borgerens behov. Nærværende projekt vil gerne tilgodese Sundhedscenter Vejles pålagte målsætning, men på baggrund af problemanalysens fremhævelse af den komplekse målgruppe, vil der ligeledes være fokus på TTA og den sygemeldtes behov. Nærværende projekts fokus vil derfor være at få sygemeldte TTA, men med en bevidsthed om, at Sundhedscenter Vejles målsætning er mere snæver.

3 Afgrænsning

Projektets problemstilling består i, hvordan sygemeldte med stress og depression kommer TTA. Der tages udgangspunkt i Sundhedscenter Vejle som projektets case, hvor der drages erfaringer fra sundhedscentrets nuværende kursus gennem interviews med tidligere deltagere. I Vejle Kommune skal udviklingen af tilbuddet foregå gennem et samarbejde mellem sundhedscentret og jobcentret. Selvom samarbejdet mellem de to afdelinger er væsentligt i denne forandringsproces, vil projektet ikke inddrage det organisatoriske perspektiv, da fokus er rettet mod udviklingen af det kommende tilbud og ikke selve implementeringen og samarbejdet.

Formålet med projektet er at udvikle guidelines til det kommende tilbud, hvorfor nærværende projekt afgrænses til at undersøge, hvilke faglige og andre elementer tilbuddet bør indeholde for at få målgruppen TTA. De fundne elementer kan sundhedscentret anvende som beslutningsgrundlag.

Projektet tager udgangspunkt i målgruppen stress- og depressionsramte, der er sygemeldt fra arbejdsmarkedet. Denne målgruppe afgrænses til at omhandle sygemeldte med langvarig stress, da det er ved denne tilstand at stress bliver et sundhedsmæssigt problem. For gruppen med depression indgår sygemeldte, der er diagnosticeret med mild, moderat og svær depression, i og med alle typer har en negativ indflydelse på individets levevis. Yderligere afgrænses målgruppen til at omhandle voksne i den arbejdsdygtige alder, hvorfor aldersgruppen omfatter 18-65-årige mænd og kvinder. Det er kun lønmodtagere og selvstændige, som er en del af målgruppen, hvorfor ledige, pensionister, kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister ekskluderes.

Stress- og depressionsramte skal ses som sygemeldte, der ikke har formået at håndtere stressorer, herunder belastninger eller svære livsbegivenheder. Med henblik på en forståelse af hvilke elementer det kommende tilbud bør indeholde samt deres påvirkning på målgruppen, inddrages Antonovskys teori om SOC. Teorien skal være med til at vurdere, om de fundne elementer kan fremme målgruppens SOC og derved få dem TTA.

4 Problemformulering

Ovenstående problemanalyse og afgrænsning leder frem til følgende problemformulering:

- *Hvordan kan Sundhedscenter Vejle udvikle et tilbud til sygemeldte med stress og depression, der formår at få dem hurtigt tilbage til arbejde?*
 - *Hvilke faglige elementer bør tilbuddet indeholde for at få de sygemeldte tilbage til arbejde?*
 - *Hvilke andre elementer bør inddrages for at få de sygemeldte tilbage til arbejde?*
 - *Hvordan kan de sygemeldte opnå en større grad af Sense of Coherence ud fra de fundne elementer?*

Det første spørgsmål skal forstås som det overordnede spørgsmål. Herunder er der tre under-spørgsmål, som er med til at besvare det overordnede spørgsmål. For at sikre forståelse for problemformuleringens betydning samt den fremadrettede anvendelse af begreber, defineres følgende udvalgte begreber herunder.

Stress- og depressionsramte: Henviser til sygemeldte, der er ramt af stress og/eller depression. Personer, som ved den praktiserende læge får konstateret stress eller depression i alle grader.

Sygemeldte: Henviser til sygemeldte på sygedagpenge. Der skelnes ikke mellem kortsigtet og langsigtet sygemelding, da der ikke findes en klar definition herpå.

Faglige elementer: Henviser til, at tilbuddet kan indeholde undervisning, f.eks. mindfulness eller fysisk aktivitet.

Andre elementer: Henviser til mere overordnede elementer, der kan have betydning for tilbuddet, f.eks. støtte fra pårørende eller beskæftigelsesrettet indsats.

5 Metode

Nedenstående kapitel omhandler valg af designs samt metode for dataindsamling. Det første design er et litteraturstudie, og de metodiske overvejelser knyttet hertil omhandler indledende søgning, databasesøgning samt en metodisk gennemgang af den systematiske søgning. Projektets design, casestudie, tager udgangspunkt i den amerikanske samfundsforsker Robert Yins tilgang, hvori der foretages en kvalitativ interviewundersøgelse. Kapitlet omhandler ligeledes metodeovervejelser for dataindsamlingsmetoden, der tager udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns syv stadier af en interviewundersøgelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Til sidst følger et afsnit om etiske overvejelser i forbindelse med interviewundersøgelsen.

De forskellige metoder skal være med til at indsamle data, der skal besvare projektets tre underspørgsmål og den overordnede problemformulering. De to første underspørgsmål besvares på baggrund af litteraturstudiet og interviewundersøgelsen, hvor der via studierne fund og informanternes udsagn identificeres faglige og andre elementer, der kan have en positiv effekt på at få sygemeldte TTA. I det tredje spørgsmål kobles resultaterne til teorien om SOC for at vurdere, hvordan denne kan udvikles gennem det kommende tilbud.

5.1 Litteraturstudie

Det systematiske litteraturstudie har til hensigt at fremfinde studier, der undersøger indsatser for stress- og depressionsramte sygemeldte, herunder elementer der har betydning for, at det kommende tilbud formår at få de sygemeldte TTA. I det følgende redegøres for de metodiske valg i litteratursøgningsprocessen.

5.1.1 Indledende søgning

Forud for den systematiske litteratursøgning foretages en indledende søgning baseret på fritekstsøgning og kædesøgning efter original litteratur, metaanalyser, reviews samt anden baggrundslitteratur. Det primære formål med disse søgninger er at undersøge den eksisterende viden på området, herudover afdække relevante og centrale begreber samt skabe vidensmæssigt fundament i relation til projektets problemstilling (Rienecker & Jørgensen, 2008).

Den indledende søgning tager udgangspunkt i databaserne PsykInfo, PubMed, Cinahl og Sociological Abstract. Derudover er søgningen behjælpelig med at definere relevante søgetermer til den systematiske søgning. Yderligere foretages der fritekstsøgninger via bibliotek.dk, Google, Google Scholar, Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Derudover foretages der kædesøgning af det indhentede materiale. Dette er især brugbart i sekundær litteratur, hvor det kan være relevant at gå tilbage og se på de referencer, publiceringen er dannet ud fra.

5.1.2 Databasesøgning

Den systematiske litteratursøgning tager udgangspunkt i databasesøgninger foretaget via Aalborg Universitets biblioteks hjemmeside fra d. 13.03.-17.03.2015. Forinden foretages søgningen flere gange og rettet til i de udvalgte databaser for at sikre reproducerbarhed, samt at søgningerne er så ens som mulig på trods af forskellige søgetermer. Den systematiske litteratursøgning er vedlagt som bilag 1.

5.1.3 Søgetermer

Søgetermerne til den systematiske søgning er udvalgt med udgangspunkt i de overordnede kategorier *stress, depression, mentale helbredsproblemer, tilbage til arbejde og sundhedstilbud/rehabilitering*. Begrebet mentale helbredsproblemer inddrages, da der i den indledende søgning findes relevante studier, der anvender begrebet. Begrebet dækker ofte over både stress og depression, men også andre tilstande, hvilket der tages højde for i udvælgelsen. De udvalgte databaser er engelsksprogede, hvorfor de valgte termer er oversat til engelsk ud fra nøgleord fundet i litteratur gennem de indledende søgninger.

Indekseringen af Mesh-termer i PubMed danner baggrund for de fleste thesaurus-termer i øvrige databaser og søgning i PubMed er derfor anvendt som skabelon til at finde de søgetermer, der indgår i den systematiske søgning.

I de databaser, hvor det ikke er muligt at finde de eksakte termer som thesaurus, er der enten fundet et lignende thesaurus-term eller termen er medtaget som fritekst-term. Ved anvendelse af fritekst-term er relevante synonymmer af termen medtaget med henblik på at finde alle relevante studier (Jørgensen, Christensen & Kampmann, 2013). En term, der ikke har været til at finde som thesaurus i PsykInfo, er *return to work*. I stedet har det været muligt at finde *reemployment*, hvilket vurderes at have en lignende betydning. For at sikre at relevante studier bliver fundet, søges der samtidig på "*return to work*" som fritekst-term. I de tilfælde, hvor der anvendes fritekst-term, skrives termen i sin korteste version med trunkering.

5.1.4 Søgestrategi

Søgningen bygges op omkring facetsøgning og tager udgangspunkt i PICO-modellen (Patient, Intervention, Comparison, Outcome). PICO er en standardiseret søgeprotokol, der an-

vendes til at beskrive og dokumentere litteratursøgningen (Kristiansen, Buus, Tingleff & Rossen, 2008). Ud fra den indledende søgning og med fokus på problemformuleringen anses facetten *comparison* ikke relevant og derfor indeholder søgningen kun de øvrige tre facetter i PICO-modellen. Facetten *patient* opdeles i tre - stress, depression og mentale helbredsproblemer, fordi det ikke er muligt at medtage alle under samme facet, da de ikke er hinandens synonymer.

De udvalgte søgetermer, kontrollerede termer og fritekst-termer, kombineres med de boolske operatører "OR" og "AND". For at kombinere søgetermerne i de enkelte facetter anvendes "OR" for at brede facetten ud, mens "AND" anvendes til at indsnævre søgningen (Jørgensen et al., 2013). I nogle af databaserne anvendes kun to facetter for ikke at indsnævre søgningen for meget og derved udelukke relevant litteratur.

For at sikre at alle relevante studier bliver fundet, suppleres det systematiske litteraturstudie, efter den primære udvælgelsesproces, med en kædesøgning via referencer. Søgningen vurderes at være dækkende, idet både databasesøgningerne og kædesøgning fører tilbage til allerede kendte studier. Den systematiske litteratursøgning er dokumenteret via screenshots i bilag 2.

5.1.5 Inklusions- og eksklusionskriterier

Der opstilles ikke limits i de forskellige søgedatabaser, da der ikke er fundet grund til at indsnævre, og samtidig endte søgningerne med et overkommeligt antal hits. Derfor er søgningerne kun begrænset af de valgte facetter.

For at sikre, at studierne har relevans for nærværende projekt, inkluderes der kun studier, der har hovedfokus på stress, depression eller mentale helbredsproblemer samt at vende TTA efter sygemelding. Der inkluderes kun studier publiceret på dansk, engelsk, svensk og norsk, af hensyn til projektgruppens sprogkundskaber og dermed forståelse af indhold. For at sikre overførbare inkluderer der kun studier fra vestlige lande. Da det ikke er muligt at vurdere, hvilken målemetode lægen anvendte ved udredning af stress og depression, vælges studierne ikke til eller fra pga. målemetoder.

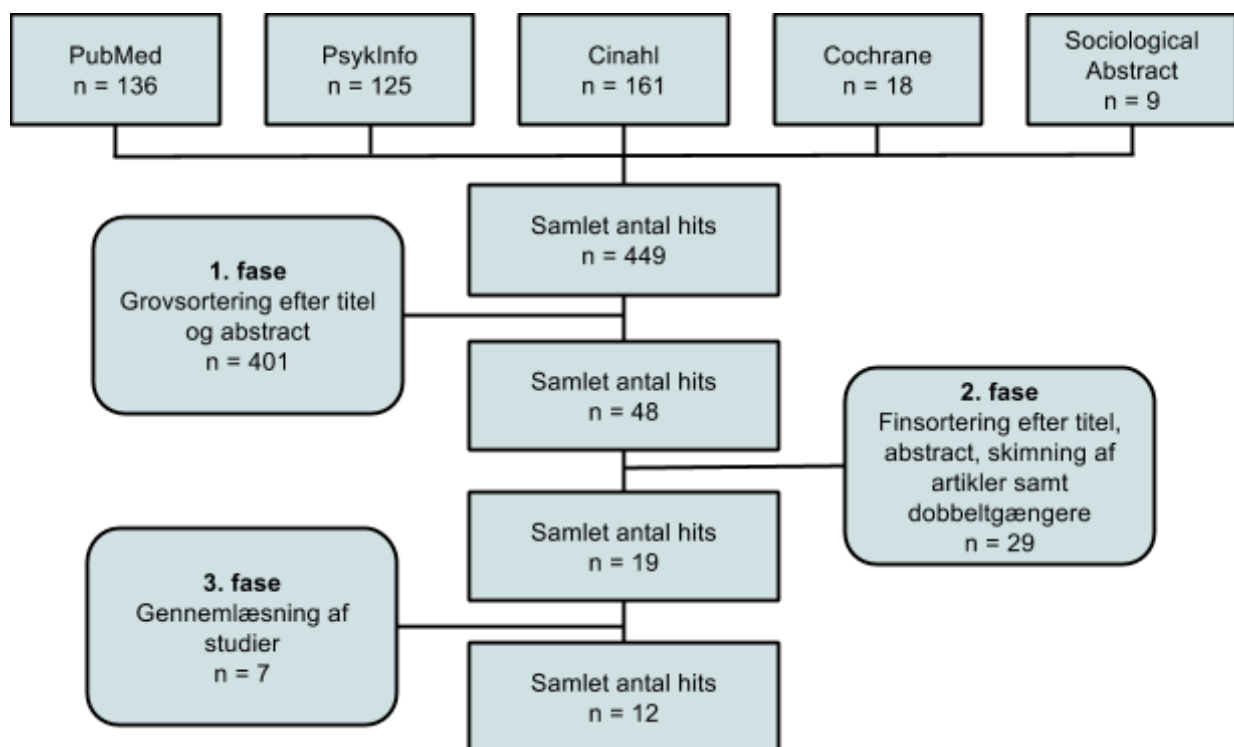
I forbindelse med udvælgelsen opstilles der yderligere eksklusionskriterier for at undgå flest mulige irrelevante studier efter udvælgelsen. Studier med et andet formål vælges fra, herunder studier med fokus på andre tilstande, f.eks. personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og misbrug. Derudover er studier med fokus på personer med mentale helbredsproblemer

undersøgt nøje inden de til- eller fravælges for at sikre, at hovedparten i studierne omhandler sygdomme med stress eller depression. Der defineres ikke en grænse for, hvor stor en andel i studierne der har stress eller depression, men de studier, der fravælges, har under halvdelen stress og depression, og ellers bliver deltagernes tilstande ikke yderligere beskrevet.

5.1.6 Udvalgelse og vurdering af studier

På baggrund af inklusions- og eksklusionskriterierne ovenfor gennemgås studierne og udvælges gennem tre udvælgelsesfaser. I den første udvælgelsesfase fravælges studier ud fra titel og/eller abstract. De studier, der efterfølgende er tilbage, vurderes ud fra titel, abstract, skimming af hele studiet, samt om der er dobbeltgængere. Den sidste fase består af gennemlæsning af de resterende studier hvor de relevante studier udvælges. Faserne findes i figur 4.

Figur 4: Flowdiagram over udvælgelsesfaserne i den systematiske søgning



Den systematiske søgning ender med 12 udvalgte studier, som anvendes i den videre problembearbejdning. Der udvælges både kvalitative og kvantitative studier, da det vurderes, at begge metoder kan anvendes til nærværende projekts formål. De kvantitative studier måler enten på eller inddrager et til flere elementer, der har indflydelse på, at den sygemeldte kommer TTA. Ligeledes har de kvalitative studier undersøgt selve elementernes indflydelse på den sygemeldte, samt givet en dybere forståelse af elementernes anvendelse og effekt for den sygemeldte.

Alle gruppedlemmer er med i databasesøgningerne, udvælgelsesfaserne og vurderingen af studierne. Mindst et andet gruppedlem er ved tvivlsspørgsmål eller manglende sprogkunderskaber med til at vurdere studiets relevans, for at sikre, at relevante studier ikke bliver frasorteret.

De inkluderede studier kvalitetsvurderes ved hjælp af tjeklister. Følgende tjeklister er anvendt: PRISMA til de to reviews (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman), STROBE til follow-up studier (STROBE Statement), CASP specifikt til kvalitative studier (CASP, 2013a) og CASP specifikt til RCT studier (CASP, 2013b). Vurderingerne via tjeklisterne er med til at vurdere, hvilke styrker og svagheder de enkelte studier har, samt om et studie skal inddrages på baggrund af dets kvalitet.

5.2 Casestudie

Projektets casestudie tager udgangspunkt i Yins pragmatiske tankegang, der defineres som en strategi til at studere og forstå komplekse sociale fænomener, som kan være personer, forløb og systemer (Yin, 1994). Casestudiet anvendes i nærværende projekt til at få konkretiseret rammerne for Sundhedscenter Vejle. Casens fænomener vil være kursets indholdsmæssige forløb, herunder faglige og andre elementer. For at undersøge disse fænomener er der et behov for en dybere forståelse af deltageres erfaringer fra forløbet, da en større detaljeringsgrad og dybdegående viden kan fremme en mere nuanceret forståelse af (Nielsen, Rugulies, Hjortkjaer, Bültmann & Christensen, 2013), hvordan stress- og depressionsramte kan komme TTA.

Yin anskuer selve casestudiet som et 'naturligt eksperiment' og sammentænker casestudiet og eksperimentet (Yin, 1994). Hensigten i projektet er at udarbejde guidelines til fagfolk i sundhedscentret ud fra litteraturstudiets fund og udsagn fra sygemeldte med stress og depression. Derudover tager projektet afsæt i et forklarende casestudie, da det har til formål at undersøge årsagssammenhængen mellem forskellige fænomener (Ibid.). Den sammenhæng, der ønskes viden omkring i nærværende projekt, er, hvordan forskellige faglige og andre elementer har betydning for at stress- og depressionsramte sygemeldte kan vende TTA.

For at undersøge og forstå disse fænomener samt få adgang til deltageres livsverden, vil dataindsamlingsmetoden være kvalitativ.

5.3 Interviewundersøgelse

Interviewundersøgelsen tager udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns metodetilgang til en systematisk planlægning af en interviewundersøgelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Tilgangen indeholder syv stadier i interviewprocessen, og den findes relevant, da den systematisk kan styrke overblikket og strukturen i undersøgelsen og skabe et grundlag for analyse og fortolkningsproces. De syv stadier er tematisering, design, interview, transskription, analyse, verifikation og rapportering (Ibid.). Nedenfor belyses interview, transskription, analyse og verifikation, da de kræver en nærmere uddybelse for at forstå interviewprocessen.

5.3.1 Interview

I interview stadiet, hvori de individuelle forskningsinterviews gennemføres, klarlægges forskellige scenarier inden udførelsen (Kvale & Brinkmann, 2009). Projektet foretager individuelle semistrukturerede interviews. Formålet med at anvende individuelle interviews er at undersøge et konkret emnefelt i dybden. Denne form for kvalitativ dataindsamlingsmetode er anvendelig til følsomme emner, som stress og depression er, da formen kan skabe tryghed i interviewsituationen. Intervieweren kan dermed få en oplevelse af de udvalgte fænomener, der har betydning for at informanterne kommer TTA og dermed opnå viden om de sygemeldtes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener (Ibid.). En semistruktureret interviewundersøgelse vælges for at give mulighed for, at de sygemeldtes meninger kan blive fremtrædende, samtidig med intervieweren styrer samtalen, således formålet med projektet holdes for øje i løbet af det enkelte interview.

Forberedelse af interviews

Ved forberedelsen af interviewene, skal der bl.a. foretages en udvælgelse af informanter, planlægning af interviewenes iscenesættelse samt udarbejdning af interviewguide, som er redskabet til indsamling af projektets data (Kvale & Brinkmann, 2009).

Udvælgelsen af projektets informanter foregår i samarbejde med koordinatoren for kurset "Håndtering af stress og depression". Koordinatoren er den første, der kontakter forhenværende deltagere ud fra projektets inklusionskriterier. Grunden hertil er, at koordinatoren har information og viden om informanterne. Ydermere vurderes det at kunne skabe et professionelt, sikkert og trygt bånd til informanterne. Der er fire informanter, der accepterer at deltage i et interview. Projektgruppen kontakter herefter de fire informanter og tilsender information omkring interviewet, herunder vedhæftet informeret samtykke, jf. bilag 3. Tabel 1 viser en oversigt over informanternes alder, køn, tilstand, nuværende arbejdssituation samt deres iden-

tifikationsbogstav efter anonymisering. Alle er sygemeldt fra arbejde ved kursusstart og har gennemført kurset.

Tabel 1: Oversigt over informanter

Informant	Alder	Køn	Tilstand	Nuværende Arbejdssituation
A	57	Kvinde	Stress, (moderat - svær) depression	Ledig
B	49	Kvinde	Stress, depression, angst	Sygemeldt
C	45	Kvinde	Stress	I arbejde
D	48	Mand	Stress	I arbejde

Interviewguiden angiver emnerne og deres rækkefølge i interviewet. Interviewguiden kan med fordel indeholde en række præcist formulerede spørgsmål, som ønskes stillet samt hjælpe-spørgsmål, som kan stilles efter behov (Kvale & Brinkmann, 2009). Udformningen af spørgsmålene til interviewguiden bygger på de fundne emner og elementer fra litteraturstudiet, TTA-projektet og KVIS-projektet. Selve interviewguiden er bygget op bestående af en briefing, som består af en introduktion af interviewerens, formålet med interviewet samt interviewets rammer og informantens rettigheder, jf. bilag 4. Herved skabes den første personlige kontakt til informanten, hvori det etiske og formelle grundlag sikres (Ibid.). Dernæst starter interviewet med indledende spørgsmål, som kan være med til at få informanten til at slappe af ved at besvare generelle og relativt neutrale spørgsmål. Interviewguiden er herefter inddelt i tre kategorier: faglige elementer, andre elementer og SOC. Kategorierne danner udgangspunkt for en række forskningsspørgsmål, der er med til at sikre fokus på problemformulerings-spørgsmål samt den teoretiske referenceramme. På baggrund af de enkelte forskningsspørgsmål er der udformet konkrete interviewspørgsmål. I udformningen af disse lægges der vægt på, at den sproglige formulering er forståelig for informanterne. Desuden er det så vidt muligt prioriteret at stille åbne spørgsmål med henblik på at få informanternes holdninger og oplevelser frem uden at påvirke disse. I slutningen af interviewet følges op med en debriefing for at få afrundet interviewet (Ibid.).

Ved sidste del af forberedelsesfasen udføres en pilottestning af interviewguiden (Kvale & Brinkmann, 2009). Optimalt set skal pilottestningen foretages på personer, der så vidt muligt er tilsvarende målgruppen. Det var dog kun én ud af de otte testpersoner i pilottesten, der var sygemeldte med stress, mens to var sygemeldt af andre grunde, og de sidste stemte kun

overens med alder. Derudover var seks af testpersonerne kvinder, og de to var mænd. Disse testpersoner undersøgte, hvorvidt de formulerede spørgsmål var uklare eller irrelevante, samt hvorvidt forskningsspørgsmålene blev tilstrækkeligt afdækket (Danmarks Evalueringsinstitut, 2013). Efter pilottestningen blev interviewguiden revideret, hvorved det sproglige og indholdsmæssige blev præciseret.

Dataindsamling

Afholdelsen af de fire interviews foretages den 30.03.2015 på Sundhedscenter Vejle. Hvert interview varer mellem 30-60 minutter og foregår i et intimt samtalerum. Sundhedscentret vælges, for at omgivelserne føles komfortable og trygge for informanterne. Alle gruppe-medlemmer er referent og interviewer minimum én gang. Interviewet foregår ved, at ét gruppe-medlem interviewer én informant, mens én anden er referent. Referenten placeres et stykke væk fra intervieweren og informanten for ikke at distrahere interviewet og har til opgave at observere informantens kropssprog undervejs i interviewet. Alle fire interviews optages med to mobiltelefoner for at sikre, at hele interviewet optages.

I starten af interviewet bedes informanten om at læse og underskrive informeret samtykke. Undervejs i interviewet bedes informanten om at nævne specifikke fag, der har betydning for at informanten har fået det bedre. Hertil er der nedskrevet en liste over kursets faglige elementer samt de fundne elementer fra litteraturstudiet. Listen inddrages i interviewene, da koordinatoren for kurset forinden interviewene havde fortalt, at målgruppen kunne være glem-som. De fundne elementer fra litteraturstudiet bidrager med eksempler for, hvad kurset mang-ler.

Til interviewene tages der udgangspunkt i interviewguidens spørgsmål, men rækkefølgen er fleksibel, idet det afhænger af, i hvilken retning interviewet naturligt udvikler sig. Der er lagt vægt på opfølgende og sonderende spørgsmål, idet ønsket er at opnå en dybdegående forståelse af informanternes oplevelser og holdninger. Derudover anvendes der strukturerede spørgsmål, hvor det er nødvendigt at introducere et nyt emne for at komme omkring hele interviewguiden inden for tidsrammen. Der er desuden bevidst gjort brug af tavshed med henblik på at give tid og plads til, at informanten kan reflektere over og uddybe sine svar (Kvale & Brinkmann, 2009).

5.3.2 Transskribering

Dette stadie omhandler transskribering, som er en proces, hvori data behandles fra de mundt-lige interviews til nedskreven skrift. Transskriptionen udgør det materiale, der ligger til grund

for den efterfølgende analyse af interviewene (Kvale & Brinkmann, 2009). Efter indsamlingen af data transskriberes de fire interviews. Transskriberingerne foretages af samtlige gruppe-medlemmer. For at sikre mest mulig ensartethed i de fire transskriberinger, anvendes og nedskrives der fælles retningslinjer for transskriberingen, jf. bilag 5.

5.3.3 Analyse

På dette stadie foretages en analyse på baggrund af projektets formål og ud fra det transskriberede data. I fortolkningen af informanternes meninger, tager analysen udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns tre fortolkningskontekster, som er *selvforståelse*, *kritisk common sense – forståelse* og *teoretisk forståelse*. Ved *selvforståelse* bearbejdes datamaterialet, hvori metoden meningskondensering¹⁶ anvendes (Kvale & Brinkmann, 2009). Herunder læses transskriberingerne grundigt igennem for at opnå en helhedsforståelse. Derefter findes hovedbetydningen af datamaterialet, som endvidere omformuleres til kortere sætninger, der kan danne overordnede temaer. De fundne temaer sættes i relation til projektets problemformulering, hvorefter de endelige temaer fastsættes. De deskriptive udsagn ud fra de væsentligste temaer præsenteres i afsnit 8 *Resultater og analyse*. Gennem *kritisk common-sense* tolkes der ud over informanternes egen selvforståelse, hvorved der anvendes en bredere forståelsesramme. Bearbejdningen af selvforståelse og kritisk common-sense er vedlagt som bilag 6. Ved *teoretisk forståelse* lægges en teoretisk ramme til fortolkningen (Ibid.), som i dette tilfælde er teorien om SOC. Bilag 7 indeholder en yderligere uddybning af fortolkningskonteksterne.

Selvforståelse anvendes i resultatafsnittet og kritisk common-sense samt den teoretiske forståelse anvendes i resultatafsnittet og diskussionsafsnittet.

5.3.4 Verifikation

Dette stadie omhandler verifikation, herunder validitet og reliabilitet af interviewenes resultater. Kvale & Brinkmann anser ikke, at verifikation kun hører under ét stadie, hvormed der løbende foretages en validering af projektet. I kvalitative undersøgelser tages der højde for, at intervieweren og informanterne gensidigt påvirker hinanden, hvor viden og data opstår ud fra et intersubjektivt forhold, som ikke kan reproducere med samme resultat i en senere sammenhæng. Reliabiliteten må dermed i de kvalitative interviews sikres gennem transparens. Transparensen opnås i nærværende projekt ved at gøre fremgangsmåden af interviewundersøgelsen eksplicit for læseren og for at undersøgelsens resultater kan vurderes på baggrund

¹⁶ Meningskondensering indebærer, at de meninger, interviewpersonerne udtrykker, som nedskrives til en kortere formulering (Kvale & Brinkmann, 2009).

heraf. Om casens metode er transparent knytter sig til validiteten, da interviewundersøgelsens resultater bør afspejle det, interviewundersøgelsen påstår at undersøge (Kvale & Brinkmann, 2009).

5.3.5 Ethiske overvejelser i interviewundersøgelsen

I den kvalitative interviewundersøgelse er etik et centralt anliggende, da den kvalitative tilgang ofte arbejder med menneskers personlige og subjektive erfaringer og derved kan give anledning til etiske dilemmaer (Brinkmann, 2010). I nærværende projekt er det stress- og depressionsramtes personlige liv og erfaringer, der undersøges, hvorfor der under de forskellige stadier er etiske områder at være opmærksom på. Følgende er en gennemgang af stadierne og de etiske overvejelser heri.

Under tematisering er det, ud over at have værdien i informationen for øje, nødvendigt at betragte den menneskelige situation, der udforskes, for at sikre grundige etiske overvejelser på området (Kvale & Brinkmann, 2009). I designstadiet er det vigtigt at spørge, hvilket sigte projektet har, og hvordan projektet eventuelt kan bidrage til en forbedring af menneskers liv, i dette tilfælde stress- og depressionsramte sygemeldte (Brinkmann, 2010). Informanterne skal underskrive informeret samtykke for, at deres rettigheder og anonymisering sikres. Grunden til, at informanterne skal godkende samtykket, er for at sikre, at interviewet etisk og lovmæssigt udføres korrekt (Ibid.).

Gennem udførelsen af interviewet bør der være en professionel kontakt mellem interviewer og informanten, selvom det kan medføre, at informanten ikke fortæller personlige erfaringer. Hvis der ikke er en professionel kontakt kan det bevirke, at informanten får svært ved at sige fra.

Intervieweren vil i interviewsituationen forsøge at være forudsætningsløs, hvilket indebærer at være åben, nysgerrig og lydhør over for informanten. Dette foregår ved, at interviewer forholder sig kritisk til egen forforståelse og forudsætninger. Selvom interviewer forholder sig kritisk til egen forforståelse gennem samtalen med informanten, vil forforståelsen altid spille ind. Intervieweren forsøger dog at undgå forudindtagede meninger og undgå at præge informantens udsagn eller stille ledende spørgsmål.

Under transskriberingen foretages anonymisering samt sikring af de mundtlige udsagn ud fra opstilling af retningslinjer. Anonymiseringen skal være med til at sikre, at informanterne ikke bliver genkendt, men under analysestadiet bør det ikke ende med, at informanterne ikke kan

genkende sig selv pga. overfortolkning af informanternes egne udsagn. Derfor forsøges der at holde en grænse mellem, hvor dybdegående og kritiske interviewene analyseres for at undgå overfortolkning (Brinkmann, 2010). Det kan være svært ikke at overfortolke grundet interviewernes forståelse, som aldrig helt kan undgås. Derfor bør Kvale & Brinkmanns fortolkningsstadier anvendes og ikke bruge udsagn i andre kontekster end de er nævnt i. Disse udfordringer belyses under stadiernes verificering og rapportering. Her vil den fundne viden, der bliver offentligt tilgængeligt, være forfatterens ansvar (Kvale & Brinkmann, 2009), og derfor er det essentielt at tage stilling til de etiske problematikker både før, under og efter gennemførelsen af interviews.

6 Videnskabsteoretisk tilgang

Projektets videnskabsteoretiske position er såvel inspireret af hermeneutikken som af fænomenologien, fordi projektet ønsker at få indsigt i, hvad fænomenet betyder for interviewpersonerne, og hvordan de sygemeldte forstår fænomenet. Formålet med nærværende projekt er at søge indsigt i essensen samt at få forståelse for handlemåder ift. fænomenet, der kan findes i de sygemeldtes livsverden (Martinsen & Norlyk, 2011). Disse videnskabsteoretiske tilgange vil herunder blive introduceret samt en begrundelse for deres anvendelse i projektet.

6.1 Fænomenologisk

Fænomenologien er en filosofisk retning, som forsøger at indfange meningen af den menneskelige erfaring gennem det bevidste udtryk, der skabes hos individet gennem oplevelser, begivenheder eller noget materielt (Fuglsang & Olsen, 2013). Filosofien er grundlagt af den tyske filosof Edmund Husserl (1859-1938) i begyndelsen af 1900-tallet (Zahavi, 2003). Husserl antog i modsætning til den daværende videnskab om mennesket som værende adskilt i subjekt og objekt, at fokus skulle rettes mod, hvorledes den menneskelige bevidsthed hele tiden består af en konstant relation mellem personen, der oplever, og selve det personen oplever, for at begribe den subjektive meningsdannelse i livsverden. Dermed er fænomenologien en videnskab om bevidsthedens iagttagelse af verdenen ud fra en opfattelse af, at mennesket selv erfarer i verdenen (Fuglsang & Olsen, 2013). Det betyder, at en iagttagelse af et fænomen aldrig vil være neutral, men nuanceret af iagttagerens bevidsthed og den kontekst, hvori iagttagelsen foretages.

Ligesom fænomenologien er nærværende projekt ikke blot interesseret i den empiriske eller faktuelle redegørelse af fænomener. Derimod vil en interviewundersøgelse være rettet mod at forstå det essentielle ved informanternes opfattelse af deres udbytte af at deltage på kurset "Håndtering af stress og depression".

Der vil fra interviewerens side være en åben horisont, idet der anvendes en semistruktureret interviewguide med primært bredt formulerede spørgsmål. Denne metode er med til at give mulighed for at søge dybere ind i informanternes meningsdannelse om fænomener i deres livsverden (Fuglsang & Olsen, 2013). Derved er metoden med til at fremhæve elementer, der kan have betydning for deltagere i det kommende tilbud. Det primære fokus ved interviewene vil derfor være på informanternes anskuelse af fænomenerne, som i dette tilfælde er faglige og andre elementer. Derefter vil fokus være på specifikke situationer, hvori fænomenet indgår

(Martinsen & Norlyk, 2011). For at sikre en fænomenologisk tilgang og opnå en klar beskrivelse af elementerne, er det nødvendigt, at interviewerens bestræber sig på at være åben og fordomsfri indstillet ved dataindsamlingen (Fuglsang & Olsen, 2013).

6.2 Hermeneutik

Hermeneutik betyder fortolkningskunst eller læren om forståelse (Birkler, 2005). Hermeneutikken drejer sig overordnet om at få en forståelse af menneskets eksistentielle væren gennem fortolkning for derefter at opnå en ny erkendelse. Dette sker gennem menneskets fordomme og forforståelser, som tilsammen danner en forståelseshorisont. Forforståelsen henviser til den forståelse, der går forud for selve forståelsen. Menneskets forforståelse bygger på holdninger, meninger eller fordomme i form af de forventninger, som kendetegner personens måde at være til stede på. De holdninger, meninger og fordomme, der er til stede hos mennesket, vil til enhver tid anvendes til at fortolke den verden, vedkommende er en del af (Ibid.). Det er derfor ikke muligt at gå forudsætningsløs til en fortolkning af verden, da en tidligere forståelse samt en række fordomme altid går forud for den nuværende forståelse.

Forståelseshorisonten er derfor dannet af sprog, personlige erfaringer, tidslighed i form af fortiden, nutiden og fremtiden, samt den struktur individet er en del af. Det er ud fra forståelseshorisonten, alt bliver fortolket, men den er også medbestemmende til, hvordan mennesket agerer og orienterer sig i verden. Ved at skulle forstå noget, vil mennesket altid begynde med den forståelseshorisont, hvorudfra dets verden anskues. Skabelsen af en ny forståelse sker ved et cirkulært forhold mellem forforståelsen og den nye forståelse, som kaldes *den hermeneutiske cirkel* (Fuglsang & Olsen, 2013). Gennem fortolkning er det muligt at ændre en tidligere forståelse, hvorved ens egen forforståelse bliver et aktivt element i forståelsen af et givent fænomen. Dette kan føre til en horisontsammensmeltning mellem den tidligere forståelse og den nye i form af ny erkendelse.

I nærværende projekt anvendes den hermeneutiske tilgang til at søge fyldige beskrivelser af relevante fænomener, som ift. problemformuleringen omhandler faglige og andre elementer, der kan indgå i tilbuddet. Fokuset er på stress- og depressionsramtes erfaringer og en undersøgelse af, hvad disse betyder for deltagelsen og væren på kursens bestemte kontekst. I interviewet vil interviewerens møde og forstå verden ud fra egen forforståelse og vil kunne være mere eller mindre påvirkelig, hvilket er betinget af interviewerens indstilling. Det er derfor nødvendigt, at interviewerens bliver sin forforståelse og fordom bevidst, idet at det ikke er muligt at fjerne sig fra sin forståelseshorisont (Fuglsang & Olsen, 2013). Interviewerens be-

vidsthed herom kan være med til at henvende sig til informanten med en bevidsthed om egne fordomme om elementerne samt en åbenhed for at udvikle en ny forståelse for elementerne. Forforståelsen er stadig anvendelig undervejs i interviewet, idet en ny forståelse kan være med til at revidere helhedsforståelsen, hvorved den tidligere nævnte horisontsammensmeltning sker. Der vil nødvendigvis ikke skabes en enighed, men interviewerens vil begribe informantens udsagn. Herudfra kan interviewerens anvende denne forståelse til en eventuel uddybelse af elementet og til senere analyse. Gentagne ændringer af forståelsen gennem interviewene er vigtige for at komme omkring alle nødvendige nuancer af elementerne, men også for at udvide horisonten og revurdere fordomme (Birkler, 2005).

Desuden vil den hermeneutiske tilgang komme til udtryk i analysen af interviewundersøgelsen. Her vil der blive skabt en ny forståelse af elementerne gennem fortolkning af informantens forståelser. I projektets analyse vil den teoribaserede forforståelse være i fokus, mens fortolkerens forforståelse igen sættes i parentes. Formålet er at komme fra konkrete beskrivelser fra interviewundersøgelsen til en meningsfortolkning, der gengiver en ny forståelse af, hvordan fortolkeren erfarede deltagelsen i kurset. Gennem tolkningen af informantens udsagn rettes opmærksomheden mod, hvad det er, informationen udtrykker ift. informantens væren i kursets bestemte kontekst. Det informationen udtrykker, skal give en ny forståelse af det undersøgte fænomen. Den hermeneutiske analyse er dermed en skabende proces, hvori helheden ses ud fra de enkelte dele i interviewene. Det vil sige, at fortolkeren går ned i informationen og anvender teoriens forforståelse i mødet med den forståelseshorisont, der ligger i informationen. I mødet mellem teoriens forforståelse og informationens forståelseshorisont vil fortolkeren opnå en ny forståelse, som kaldes horisontsammensmeltning. Det vil ikke sige, at der nødvendigvis er fuld enighed om informationen, men at fortolkeren begriber informantens udsagn (Birkler, 2005; Martinsen & Norlyk, 2011). Den nye forståelse og fortolkningen heraf skal være med til at besvare problemformuleringen.

7 Teoretisk referenceramme

Nedenstående afsnit vil indledningsvist belyse Antonovskys salutogenetiske tankegang, her- efter forklares begrebet stressorer og til sidst beskrives SOC, herunder komponenterne *begri- belighed, håndterbarhed og meningsfuldhed* samt dens anvendelse i nærværende projekt. Antonovskys teori vil give en redegørelse af, om teorien vil kunne anvendes til at få en for- ståelse for, hvorfor nogle mennesker kan tackle stressorer i hverdagen og på arbejdet, mens andre ikke kan (Antonovsky, 2000).

7.1 Salutogenetisk tilgang

Teorien om SOC blev udviklet på baggrund af en undersøgelse af kvinder i koncentrationslej- re. Ud fra denne undersøgelse blev det erfaret, at der var forskel på, om kvinderne havde et godt eller dårligt fysisk og psykisk helbred. Det interessante herfra var, hvorfor nogle menne- sker klarede sig godt, bevarede deres sundhed og trivsel samt troen på livet, selv under eks- treme vilkår, hvorigennem Antonovsky udviklede *den salutogenetiske orientering* (Anto- novsky, 2000). I det salutogenetiske perspektiv flyttes et traditionelt patogenetisk fokus fra, hvordan der kan undgås sundhedsrisici i hverdagen til, hvordan der kan udvikles evner og forståelse til at kunne håndtere de risici, som hverdagen byder. Salutogenese er en bred og dynamisk sundhedsopfattelse, idet der både sættes fokus på menneskets livshistorie, ressour- cer samt aktiv tilpasning til et miljø, hvor stressorer uundgåeligt spiller en fremtrædende rol- le. Salutogenese fokuserer overordnet på, hvilke elementer der skal til for at (for)blive sund (Ibid.).

Et patogenetisk syn tager udgangspunkt i en forebyggende indsats, hvorimod et salutogene- tisk perspektiv tager afsæt i en sundhedsfremmende indsats. Det kommende tilbud tager afsæt i patientrettet forebyggelse, hvormed fokus er at undgå, de sygemeldte forbliver stressede, depressive eller forværrer egen tilstand. Ved også at inddrage sundhedsfremmende elementer i det kommende tilbud kan det medvirke til, at den enkelte fremadrettet har mulighed for at forbedre egen tilstand. Ved anvendelse af teorien om SOC vil sundhed ikke kun omfatte livs- stil, men ligeledes de sociale, fysiske, psykiske og kulturelle elementer, som ses ud fra et sundhedsfremmende perspektiv (Antonovsky, 2000). Det kommende tilbud indebærer derfor både forebyggende og sundhedsfremmende elementer.

Ved at anvende Antonovskys salutogenetiske tilgang, vil der i projektet fås en dybere forståelse og viden af, hvorfor borgerne er ramt af stress og depression, hvilket kan være en mulig årsag til, hvorfor den enkelte er blevet sygemeldt (Antonovsky, 2000).

7.2 Stressorer

Den grundlæggende antagelse bag Antonovskys salutogenetiske perspektiv er, at alle mennesker vil opleve at være udsat for kriser, sygdom og konflikter, såkaldte *stressorer*. Stressorer er en naturlig del af den enkeltes liv, hvor forskellen består i, hvordan den enkelte håndterer de stressorer, vedkommende udsættes for gennem livet. Det vil derfor ikke være muligt at forudsige et menneskes helbredsudfald, men når et menneske bliver stillet over for uhåndterbare stressorer, fører dette til en spændingstilstand. Denne spændingstilstand bliver den enkelte nødt til at lære at håndtere. Nogle mennesker kan tackle stress bedre end andre, fordi stressorer påvirker mennesker forskelligt. Mennesker, der forbliver sunde og formår at have et godt fysisk og psykisk helbred trods stressorer, har nogle fællestræk, som ifølge Antonovsky er en større grad af SOC (Antonovsky, 2000).

Der er ingen kønsforskelle i SOC, det afhænger kun af de ressourcer, den enkelte har til rådighed for at modstå stressorer. Det må på den baggrund vurderes, at sygemeldte med stress og depression har en lavere SOC, i og med de ikke har kunnet tackle de stressorer, der har medvirket til deres aktuelle tilstand. Det er derfor essentielt at undersøge, hvad der skal til, for at de kan tackle stressorerne og på længere sigt opnå en større grad af SOC.

7.3 Sense of Coherence

Antonovsky definerer SOC således:

”Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udtænkning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i” (Antonovsky, 2000, s. 37).

Antonovsky fremhæver, at SOC ikke er noget, der kommer af sig selv, men opstår via tre livslange læringsprocesser, som er hovedkomponenterne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Disse læringsprocesser er ifølge Antonovsky karakteriseret ved, at den enkelte opfatter verden som begribelig, kan håndtere de problemer, livet stiller den enkelte

overfor og føler en mening med livet, som for den enkelte er værd at engagere sig i (Antonovsky, 2000).

Begribelighed

Den første komponent *begribelighed* handler om, hvorvidt den enkelte oplever og opfatter de ting, der sker omkring én, som begribelige og dermed i hvilken udstrækning, den enkelte opfatter og oplever de indre og ydre stimuli, den enkelte konfronteres med (Antonovsky, 2000). Projektet bør derfor have fokus på, at det kommende tilbud indeholder elementer, der kan hjælpe den sygemeldte til få en forståelse for, hvilke indre og ydre stimuli der har påvirket den sygemeldte, og hvorfor den sygemeldte befinder sig i den nuværende tilstand. Det betyder, at for at den sygemeldte med stress og depression kan opnå begribelighed, skal den sygemeldte opleve forudsigelighed. Det vil sige, at det, den sygemeldte oplever eller konfronteres med, skal passe ind i en sammenhæng og være forståelig for personen. Det gælder derfor om, at den sygemeldte ikke opfatter de stimuli, personen konfronteres med, både indre som ydre, som kaotiske, uordnede, tilfældige og uforklarlige, men i stedet ordnede, kognitivt forståelige, sammenhængende og tydelige i information. Det er en nødvendighed for, at den sygemeldte opnår en oplevelse af, at den fysiske og sociale verden er foranderlig og dermed få inkorporeret mønstre og rutiner, årsager og konsekvenser for, at den sygemeldte kan erhverve følelsen af begribelighed (Ibid.).

Håndterbarhed

Den anden komponent *håndterbarhed* dækker over, i hvilken udstrækning den enkelte oplever at have ressourcer til rådighed overfor de krav, den enkelte bliver udsat for gennem ydre og indre stimuli. Ressourcerne behøver ikke kun være den sygemeldtes egne, men de kan også omfatte støtte og assistance fra andre, den sygemeldte stoler på, såsom en ægtefælle, familiemedlem, ven, kollega eller læge (Antonovsky, 2000). Det kommende tilbud bør derfor overveje at inddrage elementer, som gør, at den sygemeldte får de nødvendige ressourcer til rådighed ift. de krav, der stilles i hverdagen. Der bør både fokuseres på faglige og andre elementer, såsom at arbejde med støtten fra den sygemeldtes pårørende som mulig ressource mod indre og ydre stimuli (Jensen & Johnsen, 2000). For at opnå en større følelse af håndterbarhed, skal den sygemeldte kunne håndtere egen situation. Det betyder, at de omstændigheder, den sygemeldte skal igennem, såsom at komme TTA og blive raskmeldt, ikke må føles som, at livet er uretfærdig, men derimod finde en belastningsbalance for at være i stand til at håndtere de krav, hverdagen stiller op. Derved bliver det håndteringen af den stressfremkal-

dende spændingstilstand, der kan være afgørende for, om den sygemeldte kan komme TTA og generelt få det bedre.

Meningsfuldhed

Den sidste komponent, *meningsfuldhed*, handler om, at individet vurderer de krav og problemer, individet udsættes for, som vil være meningsfuldt at investere energi i. Meningsfuldhed omhandler den enkeltes engagement og motivation i tilværelsen. Komponenten er med andre ord begrebets motivationselement. Igennem meningsfuldhed skal problemer ses som udfordringer frem for belastninger, da den enkelte skal se udfordringer som noget, der er værd at engagere sig i og noget, den enkelte glæder sig over (Antonovsky, 2000). Ud fra ovenstående kan det derfor vurderes, at det kommende tilbud bør fokusere på, at de sygemeldte kan se en mening og delagtighed i at være deltagende i tilbuddet, for på den måde at få klarhed over, om de udfordringer, hverdagen byder, er værd at investere energi i. Dette betyder ikke, at den sygemeldte skal glæde sig over at være stress- eller depressionsramt, men når udfordringer finder sted i tilværelsen, bør den sygemeldte tage udfordringen på sig og være fast besluttet på at finde en mening med den og derigennem gøre sit bedste for at komme igennem det.

Med de tre ovenstående komponenter hentyder Antonovsky til, at det er menneskets indstilling og tillid til omverdenen, tro på egne evner til at håndtere stressorer samt en vilje til at imødegå disse, som har betydning for helbredet (Antonovsky, 2000). Komponenterne hænger sammen som en del af en proces. Denne proces skal den sygemeldte igennem for at opnå en større grad af SOC.

7.4 Udvikling af Sense of Coherence

SOC dannes, ifølge Antonovsky, igennem barndommen og ungdommen og er færdigudviklet midt i tyverne og ændres ikke meget gennem voksenlivet (Antonovsky, 2000). Nyere forskning peger dog på, at SOC kan ændres også i voksenlivet. I et systematisk review af Eriksson et al. (2005), som er baseret på salutogenetisk forskning, er der redegjort og analyseret for gyldigheden og pålideligheden af Antonovskys antagelser om SOC (Eriksson & Lindström, 2005). I reviewet vurderes det, at SOC efter ti år stadig er forholdsvis stabil, men ikke så stabil som Antonovsky oprindeligt antog. Derudover viser undersøgelserne, at SOC har tendens til at stige med alderen og forudser derfor et positivt resultat på langt sigt, selvom der er rapporteret forskellige resultater (Ibid.). Selvom undersøgelser påpeger, at der sker en positiv udvikling af menneskers SOC over en længere periode, er det vigtigt at have in mente, at der er forskellige spørgeskemaer til måling af SOC, hvilket giver en usikkerhed i vurderingerne

og måleresultaterne. Ud over de forskellige målemetoder skal det vurderes, om de sygemeldte kan nå at fremme deres SOC i et ti ugers forløb, i og med ovenstående resultater viser en positiv ændring af SOC over en længerevarende periode. På trods af mulige usikkerheder viser et RCT studie af Foureur et al. (2013), at ved at øge en persons SOC mindskes stress og depression. Der er dermed ingen endegyldig forskning, der viser, at Antonovskys teori giver vedholdende resultater. En grund hertil kan være, at det er op til den enkelte fortsat at arbejde med at opretholde en vis grad af begribelighed, håndterbarhed samt meningsfuldhed mod hverdagens udfordrende stressorer for derigennem fortsat at have en stærk SOC (Antonovsky, 2000).

Ovenstående resultater giver en indikation af, at SOC kan ændres over tid, men at det er en længerevarende proces, hvorfor det kommende tilbud bør vurdere tidsperspektivet op imod tilbuddets varighed og den sygemeldtes ændring af SOC.

Idet det kommende tilbud er af forebyggende og sundhedsfremmende karakter, formodes det, at et ti ugers forløb kan give redskaber til at hindre udvikling af de sygemeldtes tilstand og få dem TTA. De sundhedsfremmende elementer skal give den sygemeldte redskaber til at denne kan mestre det at forblive sund. Hvis tilbuddet kan indfri ovenstående elementer, bør tilbuddet være med til at give den sygemeldte redskaber, der kan forbedre den sygemeldtes tilstand og komme TTA og på sigt fremme den sygemeldtes SOC.

Antonovskys teori skal, i nærværende projektet, anvendes som en ramme til at vurdere, hvilke elementer et tilbud skal indeholde for at øge sandsynligheden for at SOC fremmes hos den sygemeldte og derved bidrage til at skabe en bæredygtig tilbagevenden. Hvis den sygemeldte formår at fremme egen SOC igennem det kommende tilbud, kan udviklingen af SOC være med til, at den sygemeldte (for)bliver raskmeldt.

8 Resultater og analyse

Kapitlet indeholder tre overordnede dele. Det første er et litteraturstudie, herefter følger en interviewundersøgelse. Til slut samles resultater og analyser fra henholdsvis litteraturstudiet og interviewundersøgelsen, hvor teorien om SOC kobles til disse samlede resultater.

8.1 Litteraturstudie

Litteraturstudiet søger at finde frem til faglige og andre elementer, der har betydning for at sygemeldte med stress og depression kommer TTA. De elementer, der findes, vurderes ud fra, om det pågældende studie generelt har en positiv eller negativ effekt ift. at få sygemeldte TTA. Det gøres, fordi der ikke foretages individuelle vurderinger i de kvantitative studier af de forskellige elementers effekt på at få sygemeldte TTA. De kvalitative studier kan supplere med dybere forståelse for elementernes betydning for de sygemeldte. Tabel 2 viser en kort præsentation af de inkluderede studier.

Tabel 2: Præsentation af inkluderede studier

Forfatter/ land/år	Design/metode	Deltagere	Formål	Resultater
Andersen et al., 2014 Danmark	Tre semistrukturerede interviews med hver deltager	Interviews med 17 personer der var på sygedagpenge pga. mentale helbredsproblemer der havde deltaget i TTA-indsats (TTA-projektet)	At undersøge hvordan sygemeldte med mentale helbredsproblemer oplever at deltage i en TTA-indsats.	TTA-aktiviteter kan resultere i både motivation og frustration afhængigt af, i hvilket omfang fagfolk i TTA-processen praktiserer en individuel tilgang til den sygemeldte. Tilfredshed med psykoterapi blandt informanterne. Gavnligt med beskæftigelsesrettet fokus.
Arends et al., 2012 Holland, Sverige, Danmark	Review	1.546 samlede antal deltagere fra 18-65 år med situationsbestemt depression ¹⁷ der fører til sygemeldelse. 10 studier	At vurdere effekten af indsatser, der fremmer TTA for medarbejdere med akutte eller kronisk situationsbestemt depression.	Kognitiv adfærdsterapi har ingen signifikant effekt i mindskelse af tid til delvis TTA ved et års opfølgning ift. ingen behandling (MD ¹⁸ -8,78, 95% CI -23,26 til 5,71). Problemhåndterings terapi forbedrer signifikant tid ved delvis TTA ved et års opfølgning ift. ikke-retningslinje baseret pleje (MD -17,00, 95% CI -

¹⁷ Situationsbestemt depression: opstår når en person ikke er i stand til at tilpasse eller klare en bestemt stressor, f.eks. en større livsbegivenhed. Begrebet dækker over det engelske begreb *adjustment disorders*.

¹⁸ Mean Difference (MD)

				26,48 til -7,52), men ikke signifikant ved fuldtids TTA (MD -17,73, 95% CI -37,35 til 1,90).
Eklund & Erlandsson, 2011 Sverige	Quasi ¹⁹ -Eksperimentelt studie - 6 og 12 måneders follow-up	42 kvinder med stressrelaterede lidelser. De blev sammenlignet med en gruppe, der fik normalbehandling. Hovedparten i ReDO-programmet (The Redesigning Daily Occupations (ReDO) project).	At vurdere effektiviteten af et 16-ugers ReDO-program som en rehabiliteringsmetode til kvinder med stressrelaterede lidelser.	12 mdr. efter afsluttet rehabilitering var 83% af ReDO kvinderne TTA, mens 80% af normalbehandlingsgruppen var tilbage (F = 9,85; P = 0,002). ReDO kvinderne havde mindre sygefravær (F= 29,55; P < 0,001), mindre opfattet stress (F= 4,15; P < 0,010), og større selvværd (F = 6,99; P < 0,001).
Holmgren & Ivanoff, 2004 Sverige	Fokusgruppe-interviews	5 interviews blev gennemført med i alt 20 kvinder, der var sygemeldt pga. arbejdsrelateret pres med diagnoser som udrændthed, psykisk lidelse eller udmattelse.	At få viden om kvinder der er sygemeldte med arbejdsrelateret pres, deres opfattelser og barrierer for at vende TTA.	Personlige og miljømæssige faktorer kan have en effekt på at vende TTA.
Martin et al., 2013 Danmark	Quasi-RCT	88 personer fik en indsats behandling, og 80 personer fik normalbehandling. 20-60 år med mentale helbredsproblemer.	At undersøge om en tværfaglig, koordineret og skræddersyet indsats formår at få sygemeldte med mentale helbredsproblemer hurtigere TTA sammenlignet med dem der får normalbehandling.	De sygemeldte var længe tid om TTA end gruppen, der fik normalbehandling (HR ²⁰ = 0,50; 95% CI 0,34-0,75). Resultaterne var ikke-signifikant ved justering (HR = 0,70; 95% CI 0,23-2,12). Signifikant flere fik sygedagpenge et år efter endt behandling end dem, der havde fået alm. behandling (P = 0,031).
Netterstrøm et al., 2007 Danmark	Follow-up med kontrolgruppe	56 erhvervsaktive personer der fik behandling. Kontrolgruppe på 24 personer (ca. 30 % af kvinderne og 75 % af mændene var i arbejde). Langvarigt stressede.	At udvikle et flerstrengt stresshåndteringsprogram for langvarigt stressede personer.	82% af de stressbehandlede og 42% af kontrolpersonerne var i arbejde efter et år, forskellen var signifikant forskellig (P < 0,01).
Netterstrøm et al., 2013	Waitlisted-RCT ²¹	198 personer som var sygemeldt fra arbejde med symptomer	At vurdere virkningerne af et tværfagligt stressbehandlingsprogram.	Interventionsgruppen (MD: -0,63, SE: 0,07) og normalbehandlingskon-

¹⁹ Quasi: Lever ikke op til kravene om tilfældig tildeling af behandling/kontrol.

²⁰ Hazard Ratio (HR)

²¹ Waitlisted-RCT: RCT hvor der udover en kontrolgruppe også sammenlignes med en gruppe på venteliste.

Danmark		på længerevarende arbejdsrelateret stress.		trolgruppen (MD: -0,63, SE: 0,07) viste signifikant større reduktioner i symptomniveau ift. venteliste-kontrolgruppen (MD: -0,33). 67% af deltagerne i interventionsgruppen kom tilbage til fuldtidsarbejde efter behandling, det var signifikant højere end i normalbehandlings kontrolgruppe (36%) og venteliste-kontrolgruppe (24%).
Nielsen et al., 2012 Danmark	Follow-up (Kvantitativt - spørgeskemaundersøgelse, opfølgning via registre op til et år efter.)	205 personer som var sygemeldt fra arbejde med almindelige mentale helbredsproblemer. Fundet ved at de søger om sygedagpenge ved Jobcenter København.	At identificere sundheds-, personlige og arbejdsrelaterede faktorer for at vende TTA for medarbejdere sygemeldte pga. almindelige mentale helbredsproblemer, såsom stress, depression, udbrændthed og angst.	Opfyldelsen af DSM-IV ²² kriterierne for depression forudsagde en længere tid til TTA (HR: 0,61, CI: 0,45–0,84), og at en stigning på Major Depression Inventory (MDI) skalaen ²³ forudsagde en længere tid til TTA (HR: 0,98, CI: 0,96–0,99). Selv vurderet helbred forudsagde en kortere tid til TTA (HR: 1,18, CI: 1,03–1,34).
Nieuwenhuijsen et al., 2014 USA, Holland, Schweiz, Frankrig, Finland, Danmark, Scotland	Review	5.996 deltagere samlet fra studier gennem 17 år med diagnosen depression.	At vurdere effekten af interventioner til formål at reducere sygefravær ²⁴ hos medarbejdere med depressive lidelser.	Ændringer på arbejdspladsen, f.eks. andet arbejde eller coaching ift. normalbehandling, reducerede sygefraværet til et moderat omfang. Kognitiv adfærdsterapi reducerede sygefravær til et moderat omfang ift. normalbehandling. Det samme gjorde et behandlingsprogram udført på arbejdspladsen.
Norlund et al., 2013	Semistrukturerede interviews	12 patienter med udbrændthed ²⁵ . 10 kvinder og to mænd.	At undersøge erfaringer og tanker hos personer med udbrændthed ift. at	Interne og eksterne ressourcer var forbundet i genvindelsen af evnen til

²² DSM-IV: Forkortelse for *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.*, og er det amerikanske diagnose- og klassifikationsystem for psykiske forstyrrelser og de kriterier, der skal være opfyldt for at hver enkelt diagnose kan stilles (American Psychiatric Association).

²³ MDI er en 10-punkt selv-rating skala af symptomer karakteristiske for depression og anvendes i både kliniske og populationsbaserede studier (Nielsen et al., 2012).

²⁴ Sygefravær skal forstås som den tid, en person ikke kan arbejde pga. sygdommen. Begrebet dækker over det engelske begreb *work disability*.

²⁵ Udbrændthed skal forstås som en tilstand, der er forårsaget af kronisk stress og indebærer fysisk og mental udmattelse samt en kombination af symptomer, såsom søvnforstyrrelser, ustabilitet, følelsesmæssige og kognitive problemer (Norlund, Fjellman-Wiklund, Nordin, Stenlund, & Ahlgren, 2013). Begrebet dækker over det engelske begreb *Exhaustion Disorder*.

Sverige			vende TTA.	at arbejde. Opfattelsen af validering, indsigt og adaptive mestringsstrategier er vigtige. Støtte fra arbejdsgiver var mest indflydelsesrig.
Wästberg et al., 2013 Sverige	Semistrukturerede interviews	Der blev foretaget 14 interviews med 7 kvinder i alderen 35-57 år, der alle have deltaget i ReDO-programmet	At undersøge deltagerens opfattelse af at deltage i ReDO-programmet.	Informanterne var tilfredse med programmets indhold og den støtte de fik under deltagelse og efter TTA. De var positive over fokuset på hverdagsaktiviteterne.
Wählin et al., 2012 Sverige	Follow-up (3 mdr.)	699 sygemeldte (18-65 år, 498 kvinder og 201 mænd) der var i arbejde ved 3. månedsopfølgning. Muskuloskeletale eller mentale helbredsproblemer.	At undersøge hvad der karakteriserer patienter, der modtager klinisk indsats vs. kombineret klinisk og beskæftigelsesrettet indsats i follow-up med sygemeldte personer med muskuloskeletale eller mentale helbredsproblemer. Yderligere mål var at analysere de faktorer, der er associeret med TTA.	Sygemeldte med mentale helbredsproblemer der modtog kombineret indsats kom i højere grad TTA end de der modtog klinisk indsats (OR 2,7; 95% CI: 1,2-5,9). Prævalensen for at komme TTA var højere for de, der var yngre (p=0,03) og højere uddannet (p<0,001).

8.1.1 Faglige elementer

Nedenstående præsenteres og analyseres de resultater, der er blevet fundet i det systematiske litteraturstudie vedrørende faglige elementer.

Hverdagsaktiviteter

Det svenske follow-up studie af Eklund et al. (2011), der undersøgte effekten af et arbejdsrehabiliteringsprogram for kvinder med stress, viste en gavnlig effekt for at vende TTA ift. kvinder, der fik normalbehandling²⁶. Behandlingsgruppen vendte hurtigere TTA og deres sygefraværsværighed var efterfølgende mindre sammenlignet med gruppen, der fik normalbehandling. Derudover var deres selvværd forbedret efter en 12-måneders opfølgning. Programmet fokuserede på alle hverdagens aktiviteter døgnet rundt og var ikke kun rettet mod at vende TTA, hvilket kan være en medvirkende årsag til den positive effekt der var i programmet (Eklund & Erlandsson, 2011). Det bakkes op af det svenske kvalitative studie af Wäst-

²⁶ Fik opfølgninger fra jobcentret, herunder var der kontakt med arbejdsgiveren. Men derudover varierede graden af ekstra behandling - fra at modtage medicinsk behandling til fysisk terapi og til mere omfattende rehabiliteringsprogrammer (Eklund & Erlandsson, 2011).

berg et al. (2013), der interviewede syv af de deltagende kvinder i Eklund et al. (2011). Wästberg et al. (2013) undersøgte kvindernes opfattelse af at deltage i ReDO programmet (Wästberg, Erlandsson & Eklund, 2013). Informanterne i studiet beskrev det som værende positivt, at programmet havde fokus på alle hverdagens aktiviteter, og kvinderne udtrykte, at de var blevet mere bevidste om, hvad de gjorde i løbet af en dag, og hvordan de udførte hverdagens aktiviteter, som hjalp dem til at ændre deres måder at udføre dem på (Ibid.). En kvinde udtrykte betydningen af, at der var fokus på alle hverdagens aktiviteter således: *“Det at du ser det hele menneske. Før, da jeg fik hjælp fra XX (navnet på den arbejdsmedicinske tjene- ste), blev det meste knyttet til arbejdssituationen. Men her fik du endelig en chance for at arbejde med dig selv som en helhed... Og du fik hjælp til at formulere mål for privatlivet såvel som for arbejdslivet, fordi de er knyttet til hinanden. Når jeg gik til XX følte jeg, det var mærkeligt bare at tale om arbejde. Resten af mit liv syntes ikke at eksistere... Du har brug for at få alle dele af et puslespil til at falde på plads. Så jeg er meget tilfreds”* (Wästberg et al., 2013).

De positive resultater der blev fundet i studiet af Eklund et al. (2011) samt informanternes positive oplevelser med at deltage i ReDO-programmet, tyder på, at det at se mennesket som en helhed og inddrage alle aspekter af hverdagen i et tilbud kan have en positiv effekt på at få sygemeldte HTTA.

Screening og indledningsvise samtaler

Det danske RTC studie af Martin et al. (2013) undersøgte, om en tværfaglig, koordineret og skræddersyet indsats formåede at få sygemeldte med mentale helbredsproblemer hurtigere TTA sammenlignet med sygemeldte, der fik normalbehandling. Som en del af den skræddersyede indsats til den sygemeldte var der indledningsvis en screeningssamtale med et tværfagligt team. Her blev den sygemeldte screenet ift. graden af uarbejdsdygtighed, funktionsniveau, barrierer og ressourcer for at komme TTA, hvilket blev gjort ud fra WHO's *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*²⁷. Resultaterne viste, at de sygemeldte, der havde fået en tværfaglig, koordineret og skræddersyet behandling, herunder en screening af deres tilstand, kom langsommere TTA end sygemeldte, der havde fået normalbehandling (HR = 0,50; 95% CI 0,34-0,75). Resultaterne var ved justering for confoundere ikke-signifikante (HR = 0,70; 95% CI 0,23-2,12). Et år efter endt behandling fik signifi-

²⁷ ICF er WHO's rammer for måling af sundhed og uarbejdsdygtighed på både individ og populationsniveau. ICF blev officielt godkendt i 2001 som den internationale standard til at beskrive og måle sundhed og uarbejdsdygtighed (World Health Organization, 2014)

kant flere sygemeldte, der havde deltaget i indsatsen (35%), stadig sygedagpenge end dem, der havde fået normalbehandling (21 %) (P = 0,031) (Martin et al., 2013).

Der blev fundet mere positive resultater i det danske RCT studie af Netterstrøm (2013), der inddrog indledningsvise screeningssamtaler. Studiet havde til formål at vurdere virkningerne af et tværfagligt stress-behandlingsprogram for sygemeldte. I den indledningsvise screenings-samtale blev der vurderet på den sygemeldtes medicinske og psykologiske tilstand. Deltagerne blev bedt om at udfylde en personlighedstest og udføre fysiologiske tests. Resultaterne viste en forbedring, i og med interventionsgruppen (MD: -0,63, SE: 0,07) og dem, der fik normalbehandling²⁸ (MD: -0,63, SE: 0,07), viste signifikant større reduktioner i symptomniveau ift. venteliste-kontrolgruppen²⁹ (MD: -0,33). I Interventionsgruppen kom 67% af deltagerne tilbage til fuldtidsarbejde efter endt behandling, som var signifikant højere end i gruppen, der fik normalbehandling (36%) og venteliste-kontrolgruppen (24%) (Netterstrøm et al., 2013).

Ud fra ovenstående resultater er det usikkert, hvilken effekt indledningsvise screeningssamtaler har. Der kan imidlertid være flere årsager til den negative effekt i studiet af Martin et al. (2013). Studiet fremhævede, at der opstod ventelister, som gav problemer ift. at få rekrutteret den rigtige målgruppe af sygemeldte. Det resulterede i, at der deltog sygemeldte i indsatsen, som havde for alvorlige lidelser, ift. hvad der var indsatsens hensigt. Ventelisten for rekruttering af sygemeldte kan derfor være en medvirkende årsag til det negative resultat (Martin et al., 2013).

Det danske kvalitative studie af Andersen et al. (2014) undersøgte, hvordan sygemeldte med mentale helbredsproblemer oplevede at deltage i en TTA-indsats og fandt, at indledningsvise samtaler kan være med til at skabe struktur for de sygemeldte. Studiet kom frem til, at det var vigtigt, at formålet med den indledningsvise samtale blev gjort klart, således deltagerne vidste, hvad de skulle forholde sig til (Andersen, Nielsen & Brinkmann, 2014).

Samlet tyder det på, at indledningsvise samtaler kan være en fordel både for oplevelsen af forløbet og på sygefraværsværigheden og andelen af sygemeldte, der kommer TTA.

²⁸ Gruppen blev tilbudt 12 konventionelle, individuelle psykologsamtaler i en 3-måneders periode. Denne behandling indhold kan have varieret (Netterstrøm et al., 2013).

²⁹ Gruppen modtog ikke nogen form for behandling, dog havde 2/3 af gruppen modtaget psykologhjælp i større eller mindre omfang (Netterstrøm et al., 2013).

Øvelser til selvhjælp

Studiet af Netterstrøm et al. (2013) bygger på samme tilgange og principper som det danske follow-up studie af Netterstrøm et al. (2007). Follow-up studiet havde til formål at udvikle et flerstrengt stresshåndteringsprogram for personer med længerevarende stress. Indsatsen omfattede bl.a. afspændingsøvelser, hvor deltagerne ved start fik udleveret en CD med et afslapningsprogram, som deltagerne blev opfordret til at gennemgå dagligt i behandlingsforløbet. Resultaterne viste, at signifikant flere i interventionsgruppen (82%) end kontrolgruppen³⁰ (42%) var i arbejde efter et år ($P < 0,01$), samt at faldet i symptomprævalensen var signifikant større hos de stressbehandlede end hos kontrolpersonerne (Netterstrøm, Bech & Eller, 2007). I studiet af Netterstrøm et al. (2013) blev afspændingsøvelserne udvidet og erstattet med et mindfulness kursus baseret på *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*³¹. Resultaterne for dette studie var som tidligere nævnt positive ift. at få sygemeldte med stress TTA (Netterstrøm et al., 2013). Det kan være vanskeligt at sammenligne resultaterne fra de to studier, da studiepopulation og tilgangen ikke nøjagtigt er den samme. Dermed er det svært at vurdere, om afspændingsøvelser har en mere positiv effekt end mindfulnesskurset på at få sygemeldte TTA.

I studiet af Wästberg et al. (2013) gav informanterne udtryk for, at de ønskede flere selvhjælpsøvelser, såsom afslapningsteknikker, åndedrætsøvelser og meditation (Wästberg et al., 2013). Det kan indikere, at øvelser, der kan hjælpe de sygemeldte i deres hverdag, f.eks. mindfulness og afspændingsøvelser, kan have betydning for de sygemeldtes tilstand og afkortede sygefraværsvaregheden, hvilket resultaterne i Netterstrøm et al. (2007,2013) ligeledes indikerer.

Undervisning og terapi

Flere af studierne inddragede psykoterapi³² som en del af behandlingen, enten som undervisning i form af gruppeforløb eller som individuelle samtaler (Andersen et al., 2014; Netterstrøm et al., 2013; Nieuwenhuijsen et al., 2014). Studiet af Netterstrøm et al. (2013) havde en positiv effekt med at få sygemeldte TTA ved at inddrage individuelle psykoterapi samtaler. Hver deltager fik otte individuelle samtaler, som var baseret på principperne bag kognitiv

³⁰ Fik to lægesamtaler med 3-4 måneders mellemrum (Netterstrøm et al., 2007).

³¹ MBSR er udviklet af Dr. Jon Kabat-Zinn. Kurset inddrager både mindfulness, meditation og yoga (Mindful Living Programs).

³² *Psykoterapi* er en fælles betegnelse for forskellige former for samtalerapi herunder bl.a. kognitiv adfærdsterapi. Fælles for psykoterapiformer er ideen om at klienten kan opnå indsigt i sine egne tanke- og handlemønstre, og derved forandre problematiske tanker/handlemåder (Møhl).

adfærdsterapi. De individuelle samtaler indeholdte desuden beskæftigelsesrettet psykoterapi (Netterstrøm et al., 2013).

I studiet af Andersen et al. (2014) udtrykte informanterne generelt tilfredshed med psykoterapi, både i gruppemøder og som individuelle samtaler. Informanterne udtrykte, at psykoterapien resulterede i motivation, men modsat kunne psykoterapien skabe frustration, hvis ikke fagfolkene i processen praktiserede en individuel tilgang til den sygemeldte. Især fandt informanterne det gavnligt, at terapien var beskæftigelsesrettet. Informanterne fandt gruppemøderne relevante og anvendelige, da det gav dem kendskab til koblingen mellem krop og sind, som skabte en ny ramme for forståelse af deres tilstande og symptomer. Nogle af informanterne gav udtryk for, at aktiviteterne havde været utilstrækkelige, idet aktiviteterne ikke forberedte deltagerne nok til at komme TTA. Deltagerne ville endvidere have arbejdspladsen mere inddraget i den afsluttende fase, så arbejdspladsen kunne opnå viden om, hvad den sygemeldte var i stand til (Andersen et al., 2014). Reviewet af Arends et al. (2012) bekræfter, at psykoterapi kan have positiv effekt på at komme HTTA. Derudover viste reviewet, at der var moderat evidens³³ for, at sygemeldte, der havde modtaget kognitiv adfærdsterapi, kom hurtigere TTA end dem, der ingen behandling fik (MD -8,78, 95% CI -23,6 til 5,71). Derudover angav reviewet, at kognitiv adfærdsterapi i grupper gav samme virkning som individuel kognitiv adfærdsterapi ift. tiden for at vende TTA (Arends et al., 2012).

Ovenstående resultater kan indikere, at inddragelse af psykoterapi i behandlingsforløbet udover at forbedre sygemeldtes tilstand kan få sygemeldte HTTA. Reviewet påpeger dog, at moderat evidens betyder, at der bør foretages yderligere forskning på området, før der med større sikkerhed kan siges noget om denne effekt (Arends et al., 2012).

Aktiviteter med fokus på kost og fysisk aktivitet

De inkluderede studier havde i mindre grad fokus på kost og fysisk aktivitet³⁴. Studiet af Netterstrøm et al. (2013) angav, at én af de otte samtaler omhandlede fysisk aktivitet (Netterstrøm et al., 2013). Det var derfor uklart, om indsatsen omfattede en samtale om fysisk aktivitet eller om der også var et praktisk element i indsatsen. At studierne ikke har fokus på fysisk aktivitet, hænger muligvis sammen med fundene i reviewet af Nieuwenhuijsen et al. (2014). Reviewet indsamlede studier fra de sidste 17 år der omhandlede depression med det formål at vurdere effektiviteten af indsatser, der skulle reducere sygefraværet hos medarbejdere med

³³ *Moderat evidens* betyder, at yderligere forskning på området kan muligvis have vigtig indflydelse på estimerne (Nieuwenhuijsen et al., 2014).

³⁴ *Fysisk aktivitet* dækker over ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen (Sundhedsstyrelsen, 2015).

depressive lidelser. Reviewets vurdering af fysisk aktivitet som indsats var, at der var lav evidens for, at anvendelsen af styrketræning kunne mindske sygefraværet sammenlignet med afslapning (SMD³⁵ -1,11; 95% CI -1,68 til -0,54). Reviewets vurdering byggede på én undersøgelse omkring styrketræning. Samlet viste vurderingen, at styrketræning eller aerob træning ikke havde nogen umiddelbar gavnlige effekt sammenlignet med afslapning ift. at vende TTA (Nieuwenhuijsen et al., 2014).

Derimod fandt det svenske studie af Holmgren et al. (2004), via fokusgruppeinterviews med kvinder, der var sygemeldt pga. arbejdspress, at meningsfulde aktiviteter var en gavnlige strategi til, at få de sygemeldte TTA. Informanterne udtrykte, at ved at begynde på meningsfulde aktiviteter, der interesserede den enkelte, og som var selvvalgte, fyldte tankerne omkring arbejdet mindre. Informanterne fik en følelse af tilfredsstillelse ved strategien *at mestre hverdagen*, som ikke var forbundet til arbejdet. Strategien omhandlede, at informanterne gennem tanker og handlinger gik fra at fokusere på arbejde til i stedet at værdsætte aktiviteter i hverdagen (Holmgren & Ivanoff, 2004).

Ud fra ovenstående resultater synes det ikke hensigtsmæssigt, at et tilbud kun har fokus på fysisk aktivitet ved enten styrketræning eller aerob træning. I stedet bør et tilbud indeholde aktiviteter, som den enkelte finder meningsfulde og motiverende, da det kan hjælpe sygemeldte TTA.

Inddragelse af familie og venner

I studiet af Wästberg et al. (2013) oplevede informanterne det gavnlige og positivt for deres tilstand, at deres familie og venner deltog på et aftenseminar i løbet af deres forløb. Det gav de pårørende et større indblik i og forståelse for de sygemeldtes situation. Flere af informanterne udtrykte, at de gerne ville have endnu mere involvering af pårørende (Wästberg et al., 2013). Der er ikke andre af de inkluderede studier, som specifikt nævner betydningen af at inddrage pårørende i forløbet, men flere af studierne fastslår vigtigheden af støtte herfra (Nornlund et al., 2013; Wästberg et al., 2013; Wåhlin et al., 2012). Resultaterne af Wästberg et al. (2013) kan indikere, at det kan være en fordel at inddrage pårørende i undervisningen, således at de også får et større indblik og forståelse for de sygemeldtes situation, og derved bedre kan støtte de sygemeldte gennem forløbet.

³⁵ Standardised mean differences (SMD)

8.1.2 Andre elementer

I det følgende præsenteres og analyseres de resultater, der er blevet fundet i det systematiske litteraturstudie vedrørende andre elementer.

Tværfaglig behandling

I studiet af Netterstrøm et al. (2013) vurderede de på virkningen af en tværfaglig indsats. Som tidligere nævnt var resultaterne positive, og signifikant flere kom TTA i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgrupperne. Ligeledes var der signifikant flere i interventionsgruppen (97%), der øgede deres arbejdstid sammenlignet med kontrolgrupperne, som fik normalbehandling (71%) og gruppen på venteliste (64%) (Netterstrøm et al., 2013). Resultaterne viser, at en tværfaglig indsats, hvor der foretages en stressreducerende behandling samtidig med, der er kontakt til arbejdspladsen, i større grad får sygemeldte TTA. Det samme gør sig gældende i studiet af Wåhlin et al. (2012), hvor de undersøgte klinisk behandling og kombineret indsats ift. at vende TTA blandt sygemeldte med mentale helbredsproblemer. Resultaterne viste, at den gruppe, der modtog en kombineret indsats bestående af både klinisk behandling og en beskæftigelsesrettet indsats, havde en højere prævalens (87%) for at vende TTA inden for tre måneder sammenlignet med dem, der kun fik en klinisk behandling (77%) ($p=0,036$). Resultaterne kan være påvirket af, at grupperne ikke var ens, da resultaterne yderligere viste, at de, der modtog en kombineret indsats, havde en gennemsnitlig lavere alder ($p=0,03$), deres uddannelsesniveau var højere ($p<0,001$). Yderligere var deres forventninger for at komme TTA højere ved baseline ($p=0,04$) sammenlignet med dem, som modtog klinisk indsats (Wåhlin, Ekberg, Persson, Bernfort & Oberg, 2012). Lignende resultater blev fundet i reviewet af Nieuwenhuijsen et al. (2014). Reviewet fandt samlet ved tre studier moderat evidens for, at en beskæftigelsesrettet indsats sammen med en klinisk indsats reducerede (SMD -0,40; 95% CI -0,66 til -0,14) sygefraværet ift. en kun klinisk indsats (Nieuwenhuijsen et al., 2014).

Studiet af Martin et al. (2013) havde ligeledes fokus på en tværfaglig indsats. Studiet foretog en tværfaglig, koordineret indsats, hvilket indebar en vurdering af deltagernes tilstand samt udarbejdelse af en handlingsplan for at vende TTA, en implementering af handlingsplanen og en regelmæssig vurdering heraf. Som tidligere nævnt viste resultaterne i modsætning til de foregående studier, at sygemeldte, der fik en tværfaglig indsats, var længere tid om at vende TTA sammenlignet med dem, der fik normalbehandling (Martin et al., 2013). Det kan tyde på, at en tværfaglig indsats kan have en positiv betydning for nogle sygemeldte, hvilket også

var gældende i studiet af Andersen et al. (2014), hvor stress- og depressionsramte uddybede deres oplevelser med tværfaglig indsats. Flere af informanterne udtrykte, at den tværfaglige indsats gjorde, at de følte sig trygge, ift. at der var et bredt fokus. På den anden side var der andre, som erfarede, at fagfolk havde nedladende og upersonlige tilgange, hvilket senere blev ændret til en mere individuel tilgang efter et ugentlig tværfagligt møde (Andersen et al., 2014). I og med der ikke er et enstemmigt resultat for, om tværfaglige indsatser øger sandsynligheden for at komme TTA, dog indikerer ovenstående, at et tilbud, der inddrager fokus på at vende TTA, øger sandsynligheden for, at det sker.

Kontakt til arbejdspladsen

I forlængelse af ovenstående omkring en tværfaglig indsats, viste flere studier, at kontakt til arbejdsgiveren under sygemelding havde en positiv effekt på at komme TTA. Studiet af Netterstrøm et al. (2007) viste, at kontakt til arbejdspladsen kunne være gavnlig. Kontakten kunne bl.a. medvirke til, at arbejdsopgaver og ansvarsområder blev tilpasset den sygemeldte. Resultaterne i studiet kan dog være misvisende, da flere af deltagerne var henvist til indsatsen fra arbejdsgiveren (Netterstrøm et al., 2007), og derfor kan arbejdsgiveren have større incitament til, at indsatsen bliver succesfuld. Lignende resultat angav studiet af Holmgren et al. (2004), hvor informanterne oplevede, at kommunikation med arbejdsgiver samt klare målsætninger var en anvendelig strategi for at få kontrol over arbejdssituationen. Samtidig var det vigtigt for informanterne, at de overfor arbejdsgiver fik fremhævet egne begrænsninger samt fik stillet krav om ikke at blive hængende i de samme arbejdsopgaver (Holmgren & Ivanoff, 2004). I studiet af Wästberg et al. (2013) hvor informanterne havde tilknytning til arbejdsgiveren i løbet af indsatsen i form af arbejdsstræning, viste sig ligeledes at være positivt for informanterne.

Overordnet viser resultaterne, at en god kontakt til arbejdsgiveren kan være med til, at de sygemeldte kommer TTA. Det er dog ikke sikkert, at kontakten i sig selv medfører tilbagevendelse til arbejdspladsen, men at der ligeledes bør være en god kommunikation omkring tilbagevenden, herunder bl.a. arbejdsopgaver og ansvar, samt tilpasning heraf.

Støtte

I studiet af Wåhlin et al. (2012) havde den gruppe, der modtog en tværfaglig indsats ved baseline, en signifikant bedre social støtte ($p=0,02$) ift. dem, der kun modtog klinisk indsats. Om det kun er indsatsen, eller om støtten også havde indflydelse på, at gruppen, der modtog tværfaglig indsats i større grad, kom TTA inden for tre måneder, blev ikke vurderet. Noget

kan tyde på, at støtte har en påvirkning, da flere af studierne netop fremhæver støtten i forbindelse med tilbagevenden til arbejde, hvilket er tilfældet i studiet af Wästberg et al. (2013). I studiet fremhævede informanterne vigtigheden af støtte fra arbejdsgiver under deres arbejdsstræning, idet de gav udtryk for, at de ville arbejde, men havde svært ved at leve op til de krav, der blev stillet samtidig med, at de følte sig usikre omkring deres arbejde (Wästberg et al., 2013). Studiet af Holmgren et al. (2004) fremhævede også, at det for nogle informanter havde betydning med en løbende kontakt til arbejdsgiveren og kollegaerne. Kontakten var med til at give dem øget selvtillid og troen på egne evner (Holmgren & Ivanoff, 2004). Ifølge studiet af Norlund et al. (2013), der undersøgte erfaringer og tanker hos personer med udbrændthed omkring at vende TTA, var interne ressourcer og støtte fra andre centralt for at opnå et positivt syn på at genvinde evnen til at arbejde. Støtte fra andre var særlig vigtig for informanter, der havde en lav grad af interne ressourcer. Arbejdsgiveren blev fremhævet hos flere informanter som den vigtigste støttende person lige efter en selv, når det indebar evnen til at vende TTA. Når der var tale om støtte fra arbejdsgiveren, blev strukturen i højere grad fremhævet, fordi det for nogle informanter var vigtigt at vide, hvad de skulle forvente, når de vendte TTA. Det var ikke alle, der fik støtte fra deres arbejdsgiver, hvilket havde en negativ påvirkning på at vende TTA. Derudover udtrykte størstedelen af informanterne sig positivt omkring værdien af sociale relationer på arbejdspladsen og støtten fra kollegaer. Yderligere var støtte fra fagforeningen, staten og sundhedsfaglige personer f.eks. læger og psykologer også nævnt, men disse var også forbundet med negative oplevelser (Norlund et al., 2013).

Udover støtten fra arbejdsgiveren og kollegaerne, fremhævede studiet af Holmgren et al. (2004), at støtte fra familie og venner samt fagfolk var væsentligt. Yderligere var det for nogle informanter givende at møde andre, der havde været igennem lignende situation (Wästberg et al., 2013).

Ud fra ovenstående resultater tyder støtte på at have en indvirkning på, at de sygemeldte kan få det bedre og komme TTA. Yderligere tyder det på, at støtte i større grad påvirker de sygemeldte, der har få interne ressourcer, som f.eks. troen på egne evner. Derudover indikerer resultaterne, at støtten til de sygemeldte i større grad skal imødekommes på de sygemeldtes præmisser, hvilket vil være forskelligt fra person til person, afhængigt af hvad den enkelte har behov for. Det kan f.eks. være forståelse af sygdommen blandt pårørende eller arbejdsgiver, men også den gensidige forståelse blandt personer i en lignende situation eller hjælp fra fagfolk kan være med til, at de sygemeldte kommer TTA.

Individuel- eller gruppeindsats

Ifølge ovenstående afsnit tyder det på, at samtaler med andre i en lignende situation har betydning for sygemeldtes tilstand og deres tilbagevendelse til arbejde. Det var ligeledes tilfældet i studiet af Andersen et al. (2014), hvor informanterne under forløbet deltog i gruppemøder. Oplevelsen af at være sammen med andre i lignende situation gjorde, at de sygemeldte ikke følte sig alene. Gruppemøderne havde for flere informanter været relevante og anvendelige. De få individuelle samtaler, informanterne havde med en psykolog undervejs i forløbet, fandt de også gavnlige. Dog havde informanter med mere komplekse mentale situationer, brug for flere individuelle samtaler. Den individuelle tilgang var for nogle informanter en forudsætning for at føle sig tryk og motiveret for at fortælle om deres situation. Denne tilgang blev dog set som den mest velfungerende ift. at vende TTA. På trods af motiverende oplevelser med både individuelle- og gruppeforløb oplevede nogle informanter, at det også kunne medføre frustration, afhængigt af den tilgang fagpersonen tog til den sygemeldte (Andersen et al., 2014). I reviewet af Arends et al. (2012) blev der blandt de inddragede studier fundet moderat evidens for, at individuelle- og gruppeforløb med kognitiv adfærdsterapi førte til, at deltagerne var TTA omtrent samme tid.

Ovenstående resultater viser, at der ikke er noget entydigt resultat ift. individuelle- og gruppeforløb. En indsats kan ud fra ovenstående med fordel inddrage både individuelle- samt gruppeforløb.

Tid

Flere af studierne har belyst, om en indsats formår at få deltagerne HTTA end ved en normal- eller ingen behandling (Arends et al., 2012; Eklund & Erlandsson, 2011; Martin et al., 2013). Studiet af Martin et al. (2013) fandt, at det for interventionsgruppen ift. gruppen, der fik normalbehandling, varede længere tid, før deltagerne kom TTA. Effekten var ikke signifikant da der blev justeret for confoundere (HR = 0,70; 95% CI 0,23-2,12). Det, at interventionsgruppen ikke kom HTTA ift. kontrolgruppen, kan ifølge studiet skyldes en mislykket gennemførelse af indsatsen pga. ventetiden mellem rekruttering og screening og ved inddragelse af deltagere med forskellige typer samt sværhedsgrader af mentale helbredsproblemer, der ikke var egnet til indsatsen. Ydermere kan der være mangler i indsatsen, f.eks. manglende inddragelse af arbejdspladserne (Martin et al., 2013). I reviewet af Arends et al. (2012) var der moderat evidens for, at kognitiv adfærdsterapi ift. normalbehandling havde en betydning for at komme delvist HTTA, dog var tallene ikke signifikante. Yderligere fandt de lav evidens for at komme hurtigere tilbage til fuldtidsarbejde (Arends et al., 2012). Af deltagerne i ReDO-

programmet kom 59% TTA, mens kun 37% i kontrolgruppen kom TTA, samtidig var det gennemsnitlige fald i sygefravær på 60% i ReDO-gruppen og 50% i kontrolgruppen (Eklund & Erlandsson, 2011).

I studiet af Martin et al. (2013) var der fokus på at få de sygemeldte HTTA, mens det tværfaglige team i undersøgelsen havde fokus på en bæredygtig tilbagevendelse til arbejdet. Det tværfaglige teams holdning kom bl.a. til udtryk ved at fraråde deltagerne i at arbejde flere timer, selvom deltagerne selv mente, de kunne (Martin et al., 2013). Det kan på vække en undren over måden, der er blevet vejledt på, idet målet var at mindske sygefraværsvareigheden. Det kan derfor give usikkerhed omkring, hvilket formål studiet havde med indsatsen. De, der stod for indsatsen, kan have antaget, at en længere sygefraværsvareighed før tilbagevenden til arbejde på sigt, ville forbedre den sygemeldtes mentale sundhed samt give mere stabil arbejdskraft.

Ud fra ovenstående resultater vurderes det, at en indsats, der har til formål at få sygemeldte HTTA, ikke nødvendigvis er den optimale løsning hverken for længden på sygefraværperioden, bæredygtigheden i tilbagevendelsen eller for de sygemeldtes tilstand.

Individet

Støtte er, som tidligere nævnt, et af de elementer, der påvirker individets tro på sig selv og egne evner (Holmgren & Ivanoff, 2004). Ifølge informanterne i studiet af Holmgren et al. (2004) var usikkerheden og mistilliden til egen formåen med til, at selvværdet og troen på egne kompetencer aftog, hvilket gjorde det vanskeligt for informanterne at finde et nyt arbejde. Det var, ifølge studiet, derfor vigtigt, at den sygemeldte satte grænser for at sikre at kunne håndtere hverdagens aktiviteter og derved komme TTA uden at miste kontrollen (Ibid.).

Det blev bakket op af studiet af Norlund et al. (2013), hvor nogle informanter ønskede at føle bekræftelse. Informanterne beskrev, at oplevelsen af støtte og det at blive værdsat af arbejdsgiveren medførte en stigende tiltro på egne arbejdsevner (Norlund et al., 2013).

Et dansk studie af Nielsen et al. (2012) havde til formål at identificere sundheds-, personlige- og arbejdsrelaterede faktorer for at vende TTA blandt sygemeldte medarbejdere pga. almindelige mentale helbredsproblemer, såsom stress, depression, udbændthed og angst. Studiet viste, at det varede længere tid før deltagerne vendte TTA blandt dem med svære grader af depression (HR: 0,98, CI : 0,96-0,99), mens et bedre selvvurderet helbred forudsagde en kortere tid for at sygemeldte vendte TTA (HR: 1.18, CI: 1,03-1,34) (Nielsen et al., 2012).

Ovenstående studier udtrykker, at der vil være flere indre ressourcer, der skal arbejdes og ændres på hos den enkelte, før det er muligt at komme TTA. Det kan være grunden til, at studiet af Netterstrøm et al. (2013) kun inddrog deltagere, der var motiveret for at deltage, for at sikre positive resultater af indsatsen. Det er ikke nødvendigvis sikkert, at en deltager er motiveret for at deltage i en indsats fra starten af, men ifølge informanter fra Wästberg et al. (2013), var indsatsen med til, at de ændrede deres egen selvopfattelse. De fik bl.a. et bedre helbred og fornyet bevidsthed om deres egen situation, hvilket kan have bevirket, at de havde større chance for at vende TTA (Wästberg et al., 2013). Et tilbud bør derfor arbejde med indre ressourcer hos de sygemeldte for, at de sygemeldte kan formå at forbedre egen tilstand og vende TTA.

8.2 Interviewundersøgelse

I følgende afsnit præsenteres og analyseres resultaterne fra interviewundersøgelsen. Der er fundet 13 temaer, som er fordelt under tre overordnede temaer: *Faglige elementer*, *andre elementer* og *samlet oplevelse*.

8.2.1 Faglige elementer

Nedenstående præsenteres og analyseres de resultater, der er blevet fundet og fremhævet i interviewene vedrørende faglige elementer.

Fysisk aktivitet og øvelser til selvhjælp

Det var fysisk aktivitet og selvhjælpsøvelser, informanterne huskede bedst og fandt mest brugbare i hverdagen. Alle informanterne gav udtryk for, at de fik stort udbytte af gåture, mindfulness og meditation. Informant C udtalte: “... *når vi kom ud i naturen, så blev der lavet nogle mindfulnessøvelser undervejs. Det kunne være noget med at stoppe op så bare stå og observere der, hvor man var. Nogle gange var der en guidet mindfulnessøvelse, hvor vi fik at vide, at vi skulle mærke underlaget... og fornemme vinden og sådan nogle ting. Det var rigtig godt for mig. Sætte fokus på lyde eller synsindtryk*”. C’s udsagn viser, at kombinationen af gåture og øvelser kan medføre, at den enkelte bliver mere opmærksom og kan mærke kroppen på en ny måde.

Informant B gav udtryk for, at hun ønskede flere valgmuligheder, således forløbets indhold ikke var forudbestemt eller obligatorisk. I stedet ønskede B selv at kunne vælge de faglige elementer, der interesserede hende. Informant A havde derimod et behov for flere aktive og kreative timer, herunder madlavningskurser i stedet for kun at få viden om kost. Både infor-

mant C og D syntes, kursets forløb var for kort. Om hvad kurset manglede udtalte C: ” *måske mere... Endnu flere af nogle af de meditationsøvelser og noget mere yoga og sådan noget, hvor man kommer til at mærke sig selv. Hmm... Jeg tror faktisk, vi kun havde yoga en enkelt gang eller to gange, og det kunne jeg godt også have drømt om, at der var noget mere af, fordi man kommer til at mærke sin krop og bliver opmærksom på sin krop.* ”.

Ovenstående udsagn indikerer, at deltagerne finder det problematisk, at de præsenterer for mange redskaber gennem gåture, mindfulness og meditation, samtidig med der bruges for lidt tid på at komme i dybden med dem. Præsentationerne af for mange redskaber kan blive ydre stressorer for den sygemeldte, fordi vedkommende kan opleve en følelse af, at denne skal være i stand til at anvende samtlige redskaber. Derfor bør det overvejes, om der skal indføres valgmuligheder af faglige elementer ved et tilbud. Herved kan deltagerne selv bestemme, hvad de ønsker at have fokus på. Ligeledes bør det overvejes, om den sygemeldte selv er i stand til at tage stilling til, hvilke faglige elementer der kan gavne den enkelte og hvis ikke den sygemeldte kan tage denne beslutning, bør det være fagfolks opgave at guide og hjælpe den sygemeldte.

I stedet for valgmuligheder kan et færre antal obligatoriske faglige elementer være løsningen for, at deltagerne kan bevare overblikket over og komme mere i dybden med redskaberne. Desuden vil problematikken om længden på kurset blive løst, i og med der bliver mere tid til de færre faglige elementer inden for samme tidsramme.

Undervisning og terapi

Informanterne huskede i mindre grad, hvilken undervisning der var i kurset, hvorfor informanterne kun nævnte meget lidt omkring undervisningsindholdet, men mere omkring udbyttet af undervisningen. Informant A gav udtryk for, at hun ikke fik meget ud af undervisningsgangene, fordi hun hverken kunne overskue undervisningen, kunne koncentrere sig eller havde energi til at modtage for stor mængde af viden ad gangen. Informant B ønskede flere individuelle samtaler og flere psykoterapitimer. Derimod ønskede informant C og D en forlængelse af undervisningsgangenes varighed, da de ikke følte, de fik et stort nok udbytte af timerne, da timerne ikke var dybdegående nok. De forskellige udsagn om undervisningen indikerer, at det er individuelt, hvad deltagerne har brug for. D gav udtryk for, at nogle deltagere brugte megen af undervisningstiden på at ytre egne problemer i det fælles forum, hvilket han hverken fandt relevant eller brugbart. Informant C følte, timerne var for overfladiske, hvorfor hun foreslog, at der var valgmuligheder af kursets faglige indhold efter en kortere introdukti-

on til emnerne for, derefter at ”...dele holdet op - så man kunne komme mere i dybden med nogle få ting, i stedet for mange overordnede ting og hjemmearbejde. For mange havde ikke overskud til at lave noget derhjemme. På den måde sige, at nu præsenterer vi den her tilgang, f.eks. livshjulet og nu præsenterer vi, hvad vi skal arbejde med omkring leveregler og værdier for eksempel.... Og så skal du mærke på dig selv, hvad vil du gerne næste gang og så kunne man have delt sig”.

Ovenstående udsagn omkring undervisningen viste, at to ud af fire informanter følte, at de fik udbytte af undervisningen. “... jeg synes egentlig, vi kom rimeligt godt omkring det og synes det var rigtig godt”, udtaler informant D. Hvorimod A hurtigere lukkede af for informationer i undervisningen og informant B syntes, at undervisningen skulle kortes ned til to timer frem for tre-fire timer, da hun mente, at denne varighed ville være passende, særligt i starten pga. hendes tilstand. A og B’s udtalelser viste, at de havde det for dårligt til at deltage, hvilket begrundes ud fra helhedsopfattelsen fra interviewene. A blev, fire måneder inden kursets start, akut indlagt med en svær depression, hvorfor det vurderes, at hun gennem forløbet havde en moderat til svær depression. Ligeledes vurderes det ud fra B’s udsagn, at hun havde en moderat til svær depression ved kursets start. Af den grund bør det overvejes, om et tilbud bør omfatte moderat til svært deprimerede sygemeldte, da A og B’s udsagn tyder på, at de ikke var klar til at deltage i et tilbud med fokus på at vende TTA. Ligesom ved fysisk aktivitet og selvhjælpsøvelser bør det for undervisning og terapi overvejes, om færre faglige elementer vil være mere hensigtsmæssigt for målgruppen. Eller om forskellig undervisning bør præsenteres kort, hvorefter den enkelte, med eller uden hjælp fra fagfolk, udvælger den undervisning, der er gavnlig for den enkelte.

8.2.2 Andre elementer

Følgende afsnit præsenterer og analyserer på informanternes udtalelser og overvejelser om andre elementer, der fremhæves i interviewene.

Kontakt til arbejdspladsen

Informanterne havde forskellige erfaringer med kontakt til nuværende eller forhenværende arbejdsplads, men samtlige informanter havde kontakt til deres arbejdsgiver under deres sygemelding. Både informant A og B besluttede sig for at stoppe på deres tidligere arbejdsplads, også selvom informant A og B’s arbejdsgivere ofte havde kontaktet dem for at høre, om de kunne hjælpe med vagter, hvortil A udtalte: “... jeg føler ikke, jeg kan give omsorg til en anden menneske. Det kan jeg ikke, så længe jeg har det sådan. Når jeg sommetider ikke

kan yde omsorg for mig selv. Jeg har nogle trælse dage". Gennem kurset fandt de begge ud af, at deres forhenværende arbejde ikke var noget, de kunne arbejde med fremadrettet, da det påvirkede dem for meget psykisk.

Informant C fik, af hendes arbejdsgiver, lov til at trappe stille op i arbejdstid og tage sig den tid, der var behov for. Hvis C følte sig stresset, fik hun en samtale med personalechefen omkring problemerne. Derfor oplevede C, at arbejdsgiveren støttede og hjalp hende samt udviste stor forståelse. C troede også, det var medvirkende til, at hun i dag var tilbage på fuld tid. D oplevede modsat kontakten til arbejdspladsen som et problem. D ignorerede med vilje opkald og undgik al kontakt med arbejdsgiveren og kollegaer, fordi han fik det værre af at tale med dem. Grunden til at D ikke kunne overskue kontakten var, at han ikke ville bruge energi på at forklare om sin tilstand eller høre på, hvad andre mente, han skulle gøre for at få det bedre. D blev til sidst fyret fra arbejdet, da han, efter at være vendt TTA, ikke længere kunne holde til den arbejdsomængde, arbejdsgiveren krævede.

Informanterne havde forskellige syn på, om kontakten til og samarbejdet med arbejdsgiveren havde en betydning for, om eller hvornår de vendte TTA. Der kan være forskellige grunde til, at arbejdsgiveren opretholdt kontakten til den ansatte. Fra arbejdsgiverens side, kan der f.eks. være et ønske om at beholde medarbejderen eller være en reel bekymring. Modsat kan kontakten skyldes, at arbejdsgiveren ikke ønsker at miste arbejdskraft, eller det kan skyldes en manglende forståelse for den sygemeldtes situation. Der kan derfor være forskellige grunde til, at arbejdsgiverne bevarede kontakten til deres medarbejder, på trods af at det, ifølge informant A, B og D, ikke var en særlig positiv kontakt. I modsætning til de andre informanter oplevede informant C, at arbejdsgiver og kollegaer var mere forstående og støttende.

Ovenstående indikerer, at hvis der fra arbejdsgiverens side vises forståelse for og gives plads til den sygemeldte samt udvises en villighed for at justere arbejdsopgaverne, kan det være med til at øge sandsynligheden for, at den sygemeldte vender TTA. Det bør derfor overvejes, i hvilken grad arbejdsgiveren og kollegaerne skal inddrages i et tilbud, da det ifølge informanterne, enten kan blive en positiv eller negativ oplevelse.

Støtte fra pårørende

Alle informanter udtrykte, at det havde en positiv indflydelse på deres tilstand, at pårørende var støttende. Særligt var informant B påvirket af, at familien ikke havde udvist forståelse for hendes tilstand, hvilket hun udtrykte med: *"Man bliver sådan magtesløs. Og man bliver rigtig ked af det. Og sådan skyldfølelse, bliver større, ikke godt. Og skam det bliver større. Altså,*

det har fyldt meget, det har det.” Efter B fik stillet sin diagnose, fik familien en større forståelse og udviste herefter i højere grad støtte og opbakning. Hun kunne efterfølgende nemmere koncentrere sig om at få det bedre, fordi hun ikke længere skulle bruge energi på at forklare eller skamme sig over sin situation. Alle informanternes pårørende havde ifølge informanterne svært ved at forstå og begribe, hvad det ville sige at være stresset eller deprimeret. D udtalte herom: *“...min mor har prøvet, men hun har ikke kunnet forstå, hvad det drejede sig om, selvom hun virkelig har prøvet”*.

Det tyder på, at det kan være svært for de pårørende både at forstå de sygemeldtes situation samt at håndtere den. Samtidig giver informanterne udtryk for, at det kan være vanskeligt at forklare situationen, så deres pårørende forstår hvordan de har det. Den manglende forståelse kan være medvirkende til, at de sygemeldtes forløb bliver frustrerende for såvel, de sygemeldte, som for de pårørende.

Endvidere oplevede C, at det var svært for pårørende og bekendte at snakke med hende om hendes tilstand, både fordi andre ikke kunne se, hun havde det psykisk dårligt og ligeledes fordi, hun havde en indre kamp med ikke at ville vise og erkende hendes tilstand overfor andre: *“...hvor skidt man har det indvendig, det er ikke altid, det er til at se, fordi når man er ude blandt andre, så mander man sig lige op, så er det ikke nemt at se, hvordan man har det... ”*.

Ovenstående viser, at informanterne bruger meget energi på at forklare eller skjule deres tilstand overfor omverdenen. Informanterne synes, at det er svært at have en psykisk tilstand, som andre ikke fysisk kan se. Ved at tilstanden ikke er synlig, kan det både være svært for de sygemeldte og for omgivelserne. Udadtil virker de sygemeldte muligvis til at have det godt, men som C beskriver, brugte hun ekstra energi på at udstråle, at hun havde det godt.

Informanternes oplevelser og erfaringer med støtte indikerer, at accept, støtte og opbakning fra pårørende har en positiv indvirkning på den sygemeldtes tilstand. Støtte og opbakning kan, ifølge informanterne, være med til, at de kan bruge deres energi på at forbedre deres tilstand fremfor at skulle skamme sig eller forklare, hvorfor de ikke har overskud eller gemme sig bag en facade.

Det bør overvejes, om pårørende skal have muligheden for at deltage i en del af undervisningen, for at hjælpe dem med at skabe større forståelse for de sygemeldtes situation, således de pårørende kan støtte de sygemeldte i hverdagen. Ved at pårørende deltager i en del af undervisningen, undgår de sygemeldte at skal forklare noget, som vedkommende har svært ved at

forklare, og de sygemeldte kan derved bruge mere energi på at få det bedre. En anden gevinst, ved at de pårørende deltager i en del af undervisningen, kan være, at opnå en følelse af troværdighed ved den viden, fagfolk giver dem, samt afklaringen af spørgsmål de eventuelt kan have. Derudover kan mødet med andre pårørende være med til, at pårørende ikke føler sig alene i situationen. Modsat kan der være udfordringer forbundet ved inddragelse af pårørende i undervisningen. For at de pårørende har lyst til at deltage, skal de opleve et behov for at opnå mere viden om de sygemeldtes situation. Derudover er det nødvendigt, at undervisningen er placeret i et tidsrum, der passer de pårørende. Dernæst er det ikke sikkert, at pårørende opnår en større forståelse ved at deltage i undervisningen. På den anden side kan der opstå en bekymring hos de sygemeldte om, at de pårørende bliver bedre vidende på området. Slutligt kan det være med til at øge stigmatiseringen af gruppen, da det ikke nødvendigvis er alle, der har pårørende, som kan deltage i undervisningen, hvilket kan udstille denne gruppe af sygemeldte. På trods af mulige utilsigtede konsekvenser ved inddragelse af pårørende, indikerer informanternes udsagn, at støtte har en stor betydning, hvorfor der bør være fokus på støtten i et kommende tilbud.

Gruppedynamik

Informanterne havde forskellige oplevelser af, hvad de fik ud af at deltage på kurset med andre i en lignende situation. B følte ikke, hun fik noget ud af at deltage på et hold og foretrak individuelle samtaler. Grunden til, at B ikke fik noget ud af gruppen, var, fordi hun følte, at deltagerne var for forskellige til, at de kunne støtte og sparre med hinanden. Modsat udtrykte C sig mere positivt om det at indgå i en gruppe og udtalte: *“Jeg tror mere det at møde nogle af de andre på kurset og snakke med dem om, hvordan de håndterede det. Det gav mig altså også meget. At snakke med de andre kursister, ja det gjorde det”*. Informant A syntes, ligesom C, at det var fint at være sammen med andre i en lignende situation. Hvorimod D havde en blandet oplevelse med gruppedynamikken, idet D, ved første møde, blev overvældet over, hvor psykisk dårlige andre deltagere var, og han følte ikke, han passede ind. På trods af denne oplevelse valgte D at give kurset en chance og fortsatte. Han fik en relation til én anden deltager, som han sparrede med. D bemærkede dog, at der allerede ved andet møde var et frafald på holdet, hvortil han overvejede, om årsagen var den brede målgruppe.

I ovenstående oplever informanterne gruppedynamikken forskellig, men generelt erfarer informanterne, at det hjælper at tale med andre i en lignende situation. Derudover vil det være forskelligt, hvordan gruppedynamikken udvikler sig på forskellige hold, og her kan deltager-

nes tilstand muligvis have betydning for denne udvikling. Hertil indikerer informanternes udsagn, at ligestillede i større grad fungerer ift. støtte og sparring.

Det kan være hensigtsmæssigt, at fagfolk, inden kursets start, gør deltagerne opmærksomme på, at holdet består af sygemeldte med forskellige tilstande. Dette kan medføre, at deltagerne bliver mere forberedte på forskelligheden på holdet, som kan være med til at sikre, at deltagerne ikke får en dårlig start, ligesom informant D. Hvis deltagerne bliver mere forberedte på holdets forskellighed, kan det have en positiv påvirkning på gruppedynamikken, idet deltagerne kan blive mere åbne og modtagelige overfor hinanden. Viden om deltagernes baggrund og tilstand opnår fagfolkene alligevel før opstart af et nyt hold ved den individuelle indledende samtale med hver enkelt deltager. Ydermere bør fagfolkene have fokus på gruppedynamikken gennem hele forløbet, da dårlig gruppedynamik kan være årsag til frafald, som informant D er inde på. Det er svært at vurdere, om et antal på maksimum 12 deltagere på det kommende tilbud er for mange, da der er flere faktorer, der har betydning for, hvordan gruppedynamikken bliver bl.a. ift. de sygemeldtes personligheder og tilstande.

Hurtig opstart på kurset

Ventetiden inden kursusstart var forskellig for de fire informanter. Informant B var den eneste, der oplevede, at ventetiden påvirkede hende negativt. Om ventetiden udtalte hun: *"Nej... Nej det har været meget nervepirrende, ikke godt at der gik så lang tid, når man er så deprimeret, som jeg har været, ikke godt"*. Informant B havde et behov for hjælp, hvorimod A, som også vurderes moderat til svært deprimeret, ikke kunne overskue at begynde på kurset, efter hun fik konstateret depression. Hun havde ikke overskud til at håndtere sin situation før, hun selv indså: *"...det er ikke det værd. Mit liv og mine børn er mere værd end det andet"*. Her henviser A til sit liv, idet hun var indelukket og ikke havde overskud til noget. Informant C var heldig at begynde to uger efter, hun selv havde forhørt sig om, hun kunne deltage på kurset. C var glad for at kunne starte hurtigt, hvorimod informant D havde været på et mindfulness forløb, inden han startede på kurset. Han udtalte, at hvis han ikke havde været på mindfulness kurset først, havde ventetiden været for lang.

Ud fra informanternes udsagn tyder det på, at en hurtig start har betydning, da muligheden for at tilegne sig redskaber til selvhjælp, der kan hjælpe til forbedring af deres tilstand, kan ske hurtigere. På den anden side viste informant A's tilstand at være for kritisk til, at hun ville få noget ud af kurset, da hun ikke havde overskud til at ændre sin tilstand på daværende tidspunkt.

Det kan tolkes som, at der bør bruges ressourcer på at sikre, at de sygemeldte er klar til at modtage hjælp samt er motiveret for at deltage i et forløb, der har til hensigt at få dem TTA. Det gælder både den sygemeldte, men ligeledes for sundhedscentret og jobcentret, der sammen skal sikre, at den sygemeldte er i en tilstand, hvor vedkommende både kan overskue og er klar til forløbet. Endvidere kan det føre til, at deltagerne i højere grad opnår positive oplevelser ved deltagelse.

Opfølgning

Det var kun informant A, B og D, der blev spurgt ind til, om de manglede opfølgning. Alle tre udtrykte, at de efter kursets afslutning havde brug for mere opfølgning. Informant A efterlyste mere fysisk aktivitet og undervisning som opfølgning og efterspurgte at: *“få anbefalet noget, hvor man gik til sammen et andet sted”*. Informant B kom selv med et forslag om at anvende eksterne samarbejdspartnere, for at kunne være aktiv efterfølgende. Informant D følte, at de opfølgende samtaler, der var efter tre, seks og 12 måneder, var nok for D. Han havde ikke selv behov for mere fysisk aktivitet, i og med han trænede i sin fritid. Dog mente D, at der var flere på holdet, der havde behov for mere opfølgning ift. fysisk aktivitet. Hvis der skulle være mere opfølgning skulle der, ifølge D, være flere samtaler, da han selv er indadvendt og stille af sind, som sjældent taler om sine følelser.

Ovenstående udsagn indikerer, at opfølgning bør overvejes både ift. at inddrage fysisk aktivitet og undervisning som en del af opfølgningen. I forlængelse heraf kan et tilbud undersøge B's forslag, om kontakt til eksterne aktører. Aftaler med eksterne aktører kan være med til at sikre, at den enkelte arbejder videre med egen tilstand. Endvidere kan muligheden for, at eksterne aktører kan tilbyde relevante tilbud i en begrænset periode, undersøges. Herved får deltagerne mulighed for at afprøve forskellige aktivitetsformer. Derudover kan der være en gevinst, ved at eksterne aktørers aktiviteter præsenteres på tilbuddet, ved at deltagerne i fællesskab beslutter at deltage i nogle af aktiviteterne. Det øger sandsynligheden for, at der skabes vedvarende relationer, som derved på sigt kan give støtte til hinanden.

Personlige forventninger

Det var kun informant D, der havde forventninger til kurset inden start. Han forventede, at få redskaber til at håndtere bestemte problemstillinger på sin arbejdsplads. Det var stressorerne på arbejdspladsen, der fyldte mest hos D. D følte, han fik disse forventninger opfyldt i løbet af kurset. Informant C havde ikke umiddelbart forventninger til kurset og udtalte: *”Jeg tænkte; du kommer med et åbent sind og så tager du det hen ad vejen, så jeg havde ikke de helt*

stor forventninger til det". C kendte ikke til kursets indhold og havde dermed kun en forhåbning om, at kurset ville give hende redskaber til at håndtere sin stress. Informant A ønskede at få det bedre, og var åben overfor metoderne dertil.

Idet kun én af informanterne havde forventninger til kurset inden start, kan tyde på, at informanterne ikke vidste, hvad der skulle til for at forbedre egen tilstand, eller at de ikke var klar over, hvad kurset kunne tilbyde dem. Det kan derfor være en fordel at sikre, at deltagerne ved, hvad forløbet indebærer og hvad de kan forvente af forløbet. Denne viden kan være med til at skabe forventninger hos deltagerne, som kan øge deres engagement for deltagelse. Det at D var bevidst om, hvad han ville fokusere på, kan både være en fordel og en ulempe. Fordelen ved at have en forventning og et fokus på, hvad der skal forbedres, er med til at gøre deltageren målrettet. Ulempen kan være, at der ikke er åbenhed overfor nye måder at se situationen på. Modsat D var informant A og C mere åbne overfor, hvad der kunne hjælpe dem til at få det bedre. Det kan være en fordel, da det er udtryk for villighed for at afprøve nye aktiviteter. Ulempen kan være, at fokuset bliver for bredt, men her må fagfolk guide deltagerne, så dette undgås.

Tilbagevenden til arbejde

Informanterne havde forskellige holdninger til, om kurset havde påvirket deres tilbagevendelse til arbejdet. Alle var dog enige om, at kurset havde givet dem en større forståelse af, hvorfor de var blevet stressede og deprimerede, samt at det havde givet dem redskaber til at håndtere hverdagens stressorer. D udtalte: "*Jeg tror, kurset gav mig et eller andet ro og ligesom jeg fik lidt mere forståelse for, hvorfor jeg havde det, som jeg havde det*". D syntes, kurset gav ham redskaber, der medvirkede til, at han kom TTA. Informant C udtrykte, at kurset gav hende redskaber til at håndtere stressorer samt en forståelse for, hvad der skete i kroppen, hvilket hun troede var en medvirkende årsag til, at hun hurtigt kunne starte stille op på arbejdet igen. For A og B var kurset medvirkende til, at de blev bevidste om, at de ikke skulle tilbage til deres forhenværende arbejdsplads eller samme type arbejde.

Et tilbud, der har fokus på at forbedre tilstanden hos sygemeldte med stress og depression, kan ud fra informanternes udsagn, enten formå at få deltagerne TTA eller hjælpe med at afklare en fremtidig jobsituation.

8.2.3 Samlet oplevelse

Følgende vil præsentere de samlede oplevelser hos informanterne. Den samlede oplevelse analyseres med teorien om SOC, herunder komponenterne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.

Begribelighed

Alle informanter opnåede en større forståelse for deres tilstand ved at have deltaget på kurset. Det medførte, at informanterne havde lettere ved at forklare og sætte ord på deres tilstand overfor andre efter deltagelsen.. Informant A og B kunne bedre sætte ord på deres tilstand, hvor informant C og D havde fået en større forståelse for kroppens ageren på stress, herunder hvordan hjernen og kroppen reagerer på begyndende stress. Dog nævnte D: *“Der er ingen tvivl om, at det er godt, men det er svært at huske at få det med ind i dagligdagen”*. Selvom informant D har en større forståelse for sin tilstand og gennem kurset har fået redskaber til bedre at strukturere og skabe ro i sin hverdag, har D’s arbejdssituation medført, at han til tider glemmer at agere i henhold til den viden og de redskaber, han har opnået på kurset. Efter han er startet i nyt arbejde, har han taget mindfulness i brug igen, idet han mærkede kroppen reagere negativt. Han følte derfor et behov for at slappe af og lytte til sin krop for at undgå tilbagefald.

Det vurderes ud fra informanters udsagn, at kurset indeholdte undervisning, som gav informanterne viden og redskaber til at opnå en større forståelse for egen tilstand. D anvender til tider ikke redskaberne til fulde, fordi han i perioder ikke har det samme behov for at gøre brug af dem. Men i og med informant C og D har opnået større forståelse for deres tilstand, kan de anvende redskaberne, når de føler, det er nødvendigt. At informanterne har opnået denne indsigt og forståelse omkring egen tilstand kan være med til at fremme oplevelsen af deres begribelighed.

Håndterbarhed

Alle informanter føler, at de redskaber, de fik med fra kurset, gør, at de bedre kan håndtere hverdagen og dens stressorer. Informant B udtaler om anvendelsen af redskaberne: *“I stedet for bare at gå derhjemme og leve i uvished, så får jeg nogle redskaber, som jeg inddrager til dagligt”*. Informant A anvender meditation og åndedrætsøvelser, når tidligere dårlige minder dukker op. Informant C og D får mest ud af mindfulness. Informant D er blevet mere bevidst om, hvordan håndteringen af arbejdsmængden skal gribes an. C og D er blevet mere bevidst om egen krop ved at lytte og reagere, hvis kroppen viser tegn på at være presset, hvor D

håndterer presset ved at stoppe op, mindske mængden af arbejdsopgaver og høre mindfulnessoptagelser på mobilen, hvilket gør, at han slapper af.

Ift. at prioritere opgaver i hverdagen, udtrykte A: *"Jeg er også blevet bedre til at smide de negative ting til side og blive mere positiv"*. Informant B er ligeledes blevet bedre til at prioritere, hvilke opgaver der er vigtigere at håndtere før andre i løbet af hverdagen. Informant D vil gerne prioritere sine arbejdsopgaver, men finder det svært, da det er hans chef, der bestemmer. D har således ingen, direkte indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdsopgaver i løbet af hverdagen.

Ovenstående udsagn indikerer, at kurset har været med til at give informanterne brugbare redskaber til håndtering af stressorer i hverdagen. Informant A og B giver udtryk for, at de bedre kan prioritere hverdagsopgaver. I og med informant D har sværere ved at prioritere opgaver i arbejdsregi, fordi det er chefen der bestemmer, bør tilbuddet være med til at give redskaber, der gør det muligt for deltageren at sige fra overfor uoverkommelige arbejdsopgaver. Redskaber, der kan give deltagerne større mulighed for at håndtere hverdagens stressorer, kan ligeledes have indflydelse på udviklingen af deltagernes håndterbarhed.

Meningsfuldhed

Informant A, C og D udtrykte, at de udviste engagement og var motiverede for at deltage på kurset. Informant C udtalte bl.a.: *"Jeg missede ikke en eneste gang, for jeg ville simpelthen have det hele med. Så jeg kunne få de værktøjer, der skal til for at kunne hjælpe mig selv videre frem"*. Det engagement, deltagerne udviser, er med til, at de kan skabe større forståelse og opnå flere ressourcer, hvilket kan være med til, at de i større grad kan finde mening ved egen situation og klare sig igennem denne. Dette kan indikere, at informanterne enten inden kursets start eller undervejs har vurderet, at kurset er meningsfuldt at investere energi i. Det at informanterne udtrykker et ønske om andre aktiviteter i kurset kan indikere, at de ikke føler, at de har megen medbestemmelse og indflydelse på forløbet, hvilket modsat ikke fremmer meningsfuldhed. Men meningsfuldhed rækker også udover kursets indhold, hvor informanterne kan opleve meningsfuldhed gennem hverdagens aktiviteter og ikke kun på kurset. Eksempelvis kan C's kontakt til arbejdsgiver være med til at fremme meningsfuldheden ved at se sig selv tilbage på arbejdet. Ved at C's arbejdsgiver er mere lydhør overfor hendes behov, kan C dermed få større indflydelse og medbestemmelse på arbejdsopgaver etc. Dette kan bevirke, at C får lyst til at komme TTA, men ligeledes er motiveret til at investere energi i at komme TTA.

Derudover giver informanterne generelt udtryk for, at de har fået en større forståelse for deres situation gennem kurset, og at de også i højere grad accepterer deres situation. Det, at informanterne bliver mere bevidste om deres problem, kan også være medvirkende til, at de vil investere tid og energi på at få det bedre.

Følelsen af sammenhæng

Alle informanter giver udtryk for, at de har fået det bedre ved deltagelse på kurset. Informant C udtaler: ”*Jeg har fået noget mere overskud og jeg tror især, at det der med at lære at komme ned i stressniveau og finde ud af, hvad er det der sker i min krop og hvorfor sker det. Jeg behøver ikke gå at være bange for de der symptomer. Og det har det hjulpet mig... at vide de ting*”. Informanterne har fået større forståelse for deres egen tilstand, og det kan derfor være nemmere for dem at prioritere hverdagens stressorer, fordi de har fået redskaber til at håndtere dem. De opnåede redskaber kan være med til, at informanterne kan fremme deres SOC.

8.3 Samlede resultater

I det følgende afsnit opsummeres resultaterne fra henholdsvis litteraturstudiet og interviewundersøgelsens resultater og analyser. Temaerne fra litteraturstudiet og interviewundersøgelsen er sammenkoblet under lignende temaer. Først præsenteres resultaterne af de faglige elementer og derefter andre elementer. Slutteligt præsenteres den samlede oplevelse, hvor teorien om SOC inddrages for at få en samlet forståelse for, hvordan elementerne har haft indvirkning på den sygemeldtes tilstand og tilbagevenden til arbejdet.

8.3.1 Faglige elementer

Aktiviteter og øvelser til selvhjælp

Studiet af Wästberg et al. (2013) viser, at sygemeldte finder aktiviteter der har fokus på alle hverdagens aktiviteter og selvhjælpsøvelser brugbare. Studiet fastslår vigtigheden af, at det er det hele menneske, der er i centrum, fremfor kun et beskæftigelsesrettet fokus (Wästberg et al., 2013). Det er i overensstemmelse med resultaterne fra interviewundersøgelsen. Her udtrykker informanterne, at aktiviteter i form af gåture samt selvhjælpsøvelser såsom mindfulness og meditation er noget af det, de finder mest brugbart fra kurset og som hjælper dem i hverdagen. De tilegnede redskaber, som hjælper informanterne i hverdagen, indikerer, at de kan bruges udover arbejdsmæssige sammenhænge.

I litteraturstudiet finder studierne Netterstrøm et al. (2007, 2013) positive resultater ift. at få sygemeldte TTA, hvilket kan skyldes deres fokus på mindfulness og meditation. De positive

effekter ved meditation og mindfulness bliver bekræftet af informanterne. Derimod er der uenighed om fysisk aktivitets betydning. Det er kun reviewet af Nieuwenhuijsen et al. (2014), der nærmere vurderer på fysisk aktivitets betydning for sygefraværsværdigheden. Ikke andre af de inkluderede studier kommer nærmere ind på, hvorvidt de inddrager fysisk aktivitet, og hvilken betydning det har. Nieuwenhuijsen et al. (2014) vurderer, at styrketræning og aerob træning umiddelbart ikke har nogen gavnlig effekt på at vende TTA. Det står i modsætning til informanternes erfaring med fysisk aktivitet, hvor alle udtrykker, at de får meget ud af kursets gåture. Informant C beskriver, hvordan det at mærke vinden og sanserne under gåturene har været lærerigt og gavnligt for hende. Informant A udtrykker endog et behov for flere aktive timer. Der kan være flere grunde til, at der er modstridende resultater for fysisk aktivitet. Den ene kan være, at informanternes positive oplevelser af gåturene i høj grad hænger sammen med de positive oplevelser, de har ved mindfulness og meditation, da informanterne fortæller, at det ofte var indlagt i gåturene, hvilket C's udsagn om gåturene også indikerer. Hermed kan gåturene komme til at fremstå betydningsfulde, selvom det måske i højere grad er de selvhjælpsøvelser, der er forbundet med gåturene, der er givende.

En anden grund kan være en begrænsning i litteratursøgningerne. Søgningerne har haft fokus på tilbagevenden til arbejde og ikke på fysisk aktivitet, hvilket kan medføre, at studier omhandlende fysisk aktivitets betydning ikke er identificeret. En tredje årsag kan være, at fysisk aktivitets betydning for sygefraværsværdigheden ikke er nærmere undersøgt, hvilket kan være en grund til, at der ikke er fundet mere litteratur, der bakker op omkring fysisk aktivitets effekt på at vende TTA. Derudover kan det diskuteres, om fysisk aktivitet som styrketræning, aerob træning og gåture kan sammenlignes, da det er forskellige former for fysisk aktivitet, der belaster kroppen forskelligt. En sammenligning af fysisk aktivitets betydning vil dermed kræve mere information om type, intensitet og antal træningspas (Pedersen & Andersen, 2011). Det er derfor uklart, hvilken betydning fysisk aktivitet har ift. at få sygemeldte TTA.

I Holmgren et al. (2004) bliver det fremhævet, at det er vigtigt med meningsfulde aktiviteter, der interesserer individet. Individets interesse for aktiviteten henviser til, at det skal være den enkeltes eget valg. Denne tilgang til aktiviteter bakkes op af informanterne. B ønsker valgmuligheder i det faglige indhold, således der kan vælges emner, som interesserer den enkelte, hvilket C til dels også giver udtryk for. I litteraturstudiet giver informanter i Wästberg et al. (2013) udtryk for, at de vil have flere selvhjælpsøvelser, såsom afslapningsteknikker, ånde- drætsøvelser og meditation. Det kan være et udtryk for, at deltagerne ville have, at kurset skulle vare i længere tid. Det bakkes op af informant C og D, der også ønskede, at kurset va-

rede længere. Særligt syntes C, at en del af selvhjælpsøvelserne og undervisningsgangene var for overfladiske. Derfor foreslog hun, at den enkelte, efter en kort introduktion til faglige indhold, selv kunne vælge de emner, den enkelte fandt interessant for på den måde at komme mere i dybden med færre emner.

Samlet vurderes det, at størstedelen af det, litteraturen finder frem til omkring praktiske øvelser, bekræftes af informanterne. Øvelserne mindfulness og meditation virker til at have en positiv effekt ift. at få stress- og depressionsramte TTA, hvorimod der er uenighed om fysisk aktivitets betydning.

Undervisning og terapi

Vedrørende undervisningsgangenes længde er der ingen af de inkluderede studier, der kommer ind på, hvor lang tid undervisningsgangene skal vare, eller hvor stor mængde af information målgruppen kan klare på én gang. Et studie nævner dog, at sværhedsgraderne af deltageres mentale helbredsproblemer kan have en betydning for, hvor hurtigt deltagerne kommer TTA (Nielsen et al., 2012). Derudover finder studiet af Martin et al. (2013) ringe effekt for tiden til at komme TTA, hvilket begrundes med, at målgruppen havde mere komplekse mentale helbredsproblemer end, hvad der var tiltænkt med programmet. Dette kan tyde på, at ikke alle med stress og depression bør få samme behandling. Informant C og D udtrykte, at de ønskede undervisningen blev mere uddybende. A derimod fik mindre ud af undervisningen, idet hun hverken kunne overskue eller koncentrere sig om at få ny viden. B gav ligeledes udtryk for, at det var svært at koncentrere sig og have energi til at være sammen fire timer pr. gang og opfordrede til, at undervisningen skulle være ca. to timer. Litteraturstudiets fund samt A og B's udsagn indikerer, at nogle stress- og depressionsramte måske ikke er klar til at deltage i et tilbud, der har til hensigt at få dem TTA. De samlede resultater viser, at de sygemeldte, hvis tilstand er dårligst, kan have svært ved basale aktiviteter i hverdagen og dermed have svært ved at overskue undervisning, selvhjælpsøvelser og hjemmeopgaver.

I studiet af Andersen et al. (2014) nævnes det, at deltagere med svære grader af mentale helbredsproblemer har behov for flere individuelle samtaler end folk med mildere grader. Informant B ønskede flere individuelle samtaler med psykologen. B's udsagn om, at undervisningsgangene var for lange samt ønsket om flere individuelle samtaler, kan være et udtryk for, at hendes tilstand med stress og depression er mere kompliceret, hvilket hendes sygdomshistorie også indikerer.

Flere af studierne finder positive resultater ved at inddrage psykoterapi som en del af forløbet (Andersen et al., 2014; Netterstrøm et al., 2013; Nieuwenhuijsen et al., 2014). I studiet af Andersen et al. (2014) finder informanterne den beskæftigelsesrettede del af psykoterapien relevant. Men ud fra studiet af Arends et al. (2012), tyder det på, at problemløsende terapi har samme virkning som kognitiv adfærdsterapi. Endvidere viser studiet, at terapien har samme positive effekt uanset, om det er i grupper eller individuelt set ift. tiden for at vende TTA (Arends et al., 2012). Generelt vurderede informanterne undervisningen gavnlig, men B ville have flere undervisningsgange, der omhandlede psykoterapi. Det kan indikere, at det ikke nødvendigvis behøver at være psykoterapi med en kognitiv tilgang, men at andre psykoterapeutiske tilgange kan være lige så effektive.

Studierne viser, at screenings- og indledningsvise samtaler både kan skabe positive og negative resultater på tiden til at vende TTA. De kan være med til at skabe struktur og overblik, men modsat kan det også skabe frustration (Andersen et al., 2014; Martin et al., 2013; Netterstrøm et al., 2013). Om screenings- og indledningsvise samtaler havde indflydelse på informanterne, er svært at vurdere, da ingen af interviewene kom nærmere ind på den indledende del af kurset. Det gør det vanskeligt at sammenholde resultaterne fra henholdsvis litteraturstudiet og interviewundersøgelsen ift. screenings- og indledningsvise samtalers betydning for at komme TTA. Trods de modsatrettede resultater vurderes det, at en indledende samtale ikke kan undlades, da den bl.a. vil have betydning for, om den sygemeldte vurderes egnet til at deltage på tilbuddet.

I studiet af Wästberg et al. (2013) opleves det af informanterne gavnligt og positivt, at pårørende deltager på et aftenseminar i løbet af behandlingsforløbet. Aftenseminaret giver de pårørende et større indblik i og forståelse for den sygemeldtes situation (Wästberg et al., 2013). Både informant A, B og D udtrykte, at pårørende havde svært ved at forstå deres situation. Derfor må det ud fra resultaterne af Wästberg et al. (2013) og informanternes udsagn vurderes at være relevant at inddrage pårørende i det kommende tilbud.

Samlet tyder det på, at psykoterapi kan have en positiv indvirkning på de sygemeldtes tilstand og ligeledes være med til at forkorte sygefraværsvarigheden. Derudover viser resultaterne, at typen af psykoterapi ikke har den store betydning, ligesom udførelsen af terapien i grupper eller individuelt, heller ikke har en afgørende betydning. For at sikre at de sygemeldte er egnet til at deltage i tilbuddet, vurderes en indledende samtale at være anvendelig. Ydermere

peger resultaterne på, at inddragelse af pårørende i undervisningen kan være en fordel, især ift. at skabe en større forståelse for de sygemeldtes situation.

8.3.2 Andre elementer

Kontakt til arbejdspladsen

Litteraturstudiet viser, at en god kontakt til arbejdsgiver og at få tilpasset arbejdsopgaverne ift. den sygemeldtes situation kan have positiv indflydelse på, hvor hurtigt den sygemeldte vender TTA (Holmgren & Ivanoff, 2004; Netterstrøm et al., 2007; Netterstrøm et al., 2013). Ligesom det, at komme i arbejdsstræning, viser, at have en positiv indflydelse på deltagernes tilstand i studiet af Wästberg et al. (2013). Informanterne havde forskellige erfaringer med kontakten til arbejdsgiver og kollegaer samt samarbejdet med nuværende eller forhenværende arbejdsplads. C havde god kontakt og kommunikation til sin arbejdsgiver og fik tilpasset sine arbejdsopgaver og tid til, hvordan hun havde det, hvilket medvirkede til, at hun hurtigt kom TTA. Den forståelse C blev mødt med fra arbejdsgiveren, var ikke den samme som A, B og D oplevede fra deres arbejdsgivere, hvilket kan have en negativ effekt for tilbagevenden til arbejde.

Flere af studierne finder, at en tværfaglig indsats, hvor der ud over en behandlende indsats også er fokus på, at få den sygemeldte TTA giver gode resultater fremfor kun en behandlende indsats (Netterstrøm et al., 2013; Nieuwenhuijsen et al., 2014; Wåhlin et al., 2012). Ydermere finder et studie, at informanterne er uenige, om hvorvidt en tværfaglig indsats vil være optimal (Andersen et al., 2014), hvorimod et andet studie finder, at en tværfaglig indsats forlænger tiden før den sygemeldte vender TTA ift. normalbehandling (Martin et al., 2013).

Det tyder på, at kontakten til arbejdsgiveren under sygemelding må være en vurderingssag for den enkelte. Men en fælles afklaring om tilbagevenden til arbejdet, herunder eventuel tilpasning af arbejdsopgaver, tid, ansvar osv., kan give en positiv oplevelse og øge sandsynligheden for, at den sygemeldte vender TTA.

Støtte

Udover kontakten til arbejdspladsen finder studier, at støtte fra arbejdsgiver ligeledes kan have en positiv effekt på, hvornår den sygemeldte vender TTA. Støtten kan give tryghed, øget selvtillid samt en afklaring af, hvad arbejdsgiver og den sygemeldte har af forventninger til hinanden (Holmgren & Ivanoff, 2004; Norlund et al., 2013; Wästberg et al., 2013). Dette bakkes op af informant C, der fik støtte og hjælp fra arbejdsgiveren samt kollegaer, hvilket C oplevede som givende, men også som afgørende for, at hun kom TTA. Modsat viser littera-

turstudiet blandede oplevelser med støtte fra fagfolk samt fagforening og staten (Norlund et al., 2013), hvorimod studiet af Wästberg et al. (2013) finder, at støtte er forbundet med gode oplevelser fra fagfolk. I studiet oplever informanterne det positivt at være sammen med andre, der er i lignende situation (Wästberg et al., 2013). For informanterne er der også modsatrettede oplevelser af støtte. Både A, C og D gav udtryk for, at det var positivt at være sammen med andre, der var i en lignende situation, hvilket for nogle gav dem støtte. Modsat oplevede B, at holdet var for forskelligt til, at B fik noget fra de andre.

I studiet af Wästberg et al. (2013) giver informanterne udtryk for, at deres pårørende har svært ved at forstå deres situation. Det bakkes op af samtlige informanter, der oplevede, at de pårørende havde svært ved at forstå deres situation, hvilket gjorde, at informanterne brugte meget energi på at forklare situationen.

Samlet indikerer støtte fra både arbejdspladsen, pårørende og personer i en lignende situation at have en overordnet positiv indflydelse på den sygemeldtes tilstand, da en forståelse for situationen kan være med til, at der er mere overskud til at fokusere på at forbedre egen tilstand.

Gruppe- og individuelt forløb

Studiet af Andersen et al. (2014) viser, at oplevelsen af at møde andre, der er i en lignende situation, er positiv, hvilket indikerer, at gruppeforløb er en fordel. Informanterne havde forskellige oplevelser af, at kurset var et gruppeforløb. Informant C oplevede det som gavnligt at være i en gruppe med personer, der var i en lignende situation som én selv. Modsat udtrykker informanterne i studiet af Andersen et al. (2014), at de individuelle samtaler med psykolog er gavnlige, hvilket taler mere for et individuelt forløb. Den individuelle tilgang bakkes op af informant B. Hun gav udtryk for, at deltagerne på kurset var meget forskellige, og at hun havde svært ved at se, hvordan personer, der f.eks. var på pension, kunne hjælpe hende TTA. Det, at studiet af Andersen et al. (2014) og informanterne viser modsatrettede erfaringer med gruppeforløb, behøver ikke betyde noget for den sygemeldtes sygefraværsvarighed ift. at komme TTA. Det bekræfter reviewet af Arends et al. (2012), hvor de finder, at individuel og gruppe kognitiv adfærdsterapi fører til, at der omtrent går samme tid før deltagerne er tilbage i arbejde.

Informant D havde, modsat B og C, en blandet fornemmelse af at deltage i et gruppeforløb. Han oplevede det som overvældende, at andre deltagere havde det så dårligt og følte ikke, han passede ind.

Ovenstående resultater tyder på, at gruppeforløb kan være gavnligt og lærerigt, men resultaterne viser også, at det bør overvejes, hvilken målgruppe indsatsen skal henvende sig til, da det fremgår af resultaterne, at deltagerne har brug for ligestillede personer at sparre og dele erfaringer med. De modsatrettede resultater kan også være et udtryk for, at målgruppen har behov for et tilbud, der består af en kombination af et individuelt og et gruppeforløb.

Tidsaspektet

Der er ingen af de inkluderede studier, der kommer omkring kursets varighed, men i studiet af Andersen et al. (2014) udtrykker informanterne, at aktiviteterne ikke forberedte deltagerne nok på at komme TTA, hvilket kan være et udtryk for, at informanterne syntes, kurset var for kort. Omkring varigheden på kurset ville samtlige informanter, undtagen B have, at kursets varighed var længere.

Studiet af Martin et al. (2013) angiver, at ventetiden fra deltagerne bliver rekrutteret til, at de kommer på forløbet som en mulig årsag til, at indsatsen viser negative resultater ift. at få sygemeldte TTA. Informanterne havde både forskellige erfaringer med varigheden af ventetiden og udtrykte sig også forskelligt omkring dennes betydning. Informant B var den eneste, der følte, ventetiden var for lang, og at den påvirkede hende negativ.

Samlet kan der ikke vurderes noget entydigt ift. tidsaspektet. Litteraturstudiet viser ikke noget ift. kursets varighed, hvorimod informanterne generelt foretrækker et længere forløb. Ventetiden for at begynde på et forløb, er der ingen studier, der kommer nærmere ind på, men informanterne giver udtryk for, at en kort ventetid vil være det mest optimale, da det kan være frustrerende at vente.

Opfølgning

Ingen af de inkluderede studier kommer nærmere ind på nødvendigheden af opfølgning. Dette står i kontrast til, at samtlige informanter gav udtryk for, at de godt kunne bruge mere opfølgning efter kursets afslutning. Der kan være flere grunde til, at litteraturstudiet ikke finder noget omkring nødvendigheden af opfølgning. Det kan skyldes begrænsninger i projektets søgninger, som ikke har identificeret relevante studier på området eller at det er et område, der ikke er undersøgt. Derudover har det primære formål i studierne været at få de sygemeldte TTA og ikke bæredygtigheden i at få dem TTA. Der kan være en anden grund til, at studierne ikke belyser opfølgning, da det ikke er nødvendigt, hvis formålet, med at få de sygemeldte TTA, er opnået ved indsatsens afslutning. Dermed vil formålet med indsatsen sandsynligvis have betydning for, om opfølgning bør inddrages. Selvom litteraturstudiets resulta-

ter umiddelbart vurderes mere generaliserbare end informanternes udsagn, er det ikke muligt at vurdere, om opfølgning har nogen betydning for at få sygemeldte TTA. Samlet er der usikkerhed omkring opfølgningens betydning for bæredygtigheden af TTA.

Individet

Det, at være motiveret for at deltage, opsættes som et inklusionskriterie i studiet Netterstrøm et al. (2013), hvilket kan være medvirkende årsag til, at de oplever en effekt ift. at få stressramte TTA. I studiet af Eklund et al. (2011) er et lignende inklusionskriterie sat op, idet jobcentret vurderede, om den sygemeldte var i stand til at afsætte den tid og energi, det krævede for at deltage i forløbet. I studiet af Wästberg et al. (2013) giver informanterne dog udtryk for, at motivationen kan skabes undervejs i forløbet, i takt med at deltagerne får større forståelse for sig selv og begynder at opleve, at de kan takle deres egen situation. Det kan både øge motivationen for deltagelse, men også øge motivationen og chancerne for at vende TTA (Wästberg et al., 2013). I studiet af Holmgren et al. (2004) giver informanterne ligeledes udtryk for, at det først er, når de har fået et større indblik i deres situation, at de kan begynde at sætte grænser og magte hverdagsaktiviteter igen. Informanterne gav udtryk for, at de ikke havde mange forventninger til kurset inden start, hvilket kan skabe tvivl om deres motivation. Kun D gav udtryk for, at han havde en forventning om at få redskaber til at håndtere sin situation. Både A og C var åbne overfor, hvad kurset kunne bidrage med, for at de fik det bedre. Udsagnene vurderes at være en indikation af, at informanterne var åbne og motiverede for at deltage, hvilket bakkes op af deres fremmøde på kurset.

Studiet af Nielsen et al. (2013) viser, at folk med svære grader af depression har det svært med at komme TTA. Det kan indikere, at personer med svære grader af depression ikke er parate til at deltage i et tilbud, der har til hensigt at få dem TTA. At ikke alle grader af depression bør indgå på et TTA-tilbud, bekræftes af informanternes udsagn. Som tidligere nævnt havde A og B ikke meget overskud til at deltage på kurset, hvor B bl.a. foretrak, at kursets varighed var kortere. Det bakkes op af at D oplevede til første kursusgang, at de andre deltagers tilstand var dårligere. Det indikerer, at A og B højst sandsynlig var for dårlige til at deltage på kurset, hvilket deres nuværende arbejdssituation også bekræfter, da de ultimo marts 2015 endnu ikke er tilbage på arbejdsmarkedet.

Samlet vurderes det, at motivation har en afgørende betydning for, hvornår de sygemeldte vender TTA, men at motivationen kan skabes undervejs i forløbet. Sværhedsgraderne af de sygemeldtes tilstande vurderes at have betydning for, hvor meget de får ud af et TTA-tilbud.

Dertil kan der stilles spørgsmålstejn ved, om personer, der har svært ved at overskue hverdagsaktiviteter, er parate til at deltage i et tilbud, der har til hensigt at få dem TTA.

8.3.3 Samlet oplevelse

Ifølge Antonovsky forekommer radikale ændringer i SOC ikke ved et møde eller flere møder, hvilket må tages i betragtning, når der i nedenstående afsnit analyseres på, hvorvidt sygemeldte med stress og depression gennem et tilbud kan opnå en større grad af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed for tilslut at vurdere på udviklingen af SOC (Antonovsky, 2000).

Begribelighed

Hvis den sygemeldte gennem et tilbud skal opnå en oplevelse af begribelighed, handler det, ifølge Antonovsky, om at individet i højere grad opfatter de stimuli, der præsenteres, som forståelige (Antonovsky, 2000). Det, at de samlede resultater viser, at psykoterapi har en positiv indvirkning på sygemeldte med stress og depression, kan være et udtryk for, at de gennem terapien opnår en større forståelse for deres situation og stressorer. Ved at inddrage psykoterapi i tilbuddet, er der mulighed for, at den sygemeldte oplever, at situationen og stressorerne bliver mere forståelige og struktureret, hvilket kan fremme personens følelse af, at omgivelserne er begribelige. Begribeligheden styrkes ved, at den sygemeldte gentagne gange oplever, at hverdagens aktiviteter kan placeres i en sammenhæng. Derudover styrkes den ved, at uforstående oplevelser bliver forstået og accepteret til den sygemeldtes tilfredshed (Ibid.). På den anden side er det ikke sikkert, at psykoterapien vil fremme følelsen af begribelighed, hvilket kommer til udtryk i et par af informanternes udsagn. A og B giver udtryk for, at psykoterapi er uoverskuelig og kaotisk, hvilket kan være en indikation på, at kursets psykoterapi ikke formår at fremme begribeligheden.

Udover psykoterapi viser de samlede resultater, at mindfulness og meditation har en positiv effekt på målgruppens tilstand. Det kan indikere, at disse øvelser kan give den sygemeldte en større forståelse af indre og ydre stimuli, der har betydning for deres situation og stressorer. Ved at opnå denne forståelse skabes der også en forudsigelighed omkring stressorerne, og samlet kan det være en indikation på, at tilbuddet gennem mindfulness og meditation ligeledes kan formå at fremme oplevelsen af begribelighed. Modsat er det uvist, om sygemeldte formår at fremme deres begribelighed gennem varigheden af tilbuddet, da Antonovsky udtrykker, at forandringer i SOC, ikke forekommer indenfor en kortere tidsperiode (Antonovsky, 2000). Derudfra vurderes det, at de nævnte selvhjælpsøvelser såsom mindfulness,

meditation og psykoterapi, ved anvendelse over længere tid, kan medvirke til en øget bevidsthed af tilstanden og skabe forudsigelighed omkring stressorer. De faglige elementer kan tilsammen være medvirkende til at fremme begribeligheden gennem de tillærte redskaber.

Derudover kan andre elementer have indvirkning på om målgruppen, gennem tilbuddet, vil fremme den enkeltes begribelighed. De samlede resultater viser, at støtte kan have en positiv effekt på sygefraværsvareigheden. Ifølge Antonovsky vil de sociale strukturer have en betydning for skabelsen af erfaringer, der kan fremme begribelighed (Antonovsky, 2000). De sociale strukturer, som den sygemeldte indgår i, kan derfor få betydning for de erfaringer, der skabes hos den enkelte samt den forståelse, der udvikles herfra, som samlet er med til at påvirke oplevelsen af begribelighed. Støtte kan i den forbindelse komme fra de sociale relationer, som den sygemeldte indgår i, f.eks. pårørende, kollegaer, deltagere i tilbuddet eller fagfolk. Eksempelvis kan en øget forståelse af den sygemeldtes tilstand blandt sociale relationer være med til at øge støtten til den sygemeldte. Det kan være med til, at den sygemeldte i mindre grad oplever manglende støtte og dermed ikke i samme grad opfatter det som en stressor eller som noget kaotisk, der skaber bekymring. I stedet kan det give større forudsigelighed i at vide, at de sociale relationer udviser forståelse og accept. Samtidig kan hverdagen blive mere overskuelig og nemmere at organisere og strukturere ved, at de sociale relationer støtter den sygemeldte i hverdagen. Ved at sikre støtte fra sociale relationer kan den sygemeldte få muligheden for at fremme begribeligheden.

Håndterbarhed

Hvis den sygemeldte gennem et tilbud opnår større grad af håndterbarhed, vil det, ifølge Antonovsky, være fordi, den sygemeldte i højere grad oplever at have de ressourcer til rådighed, som den enkelte har behov for til at modstå ydre og indre stimuli (Antonovsky, 2000). Det vil derfor være hensigtsmæssigt, hvis den sygemeldte gennem tilbuddet opnår redskaber via bl.a. selvhjælpsøvelser og psykoterapi, der kan være med til at øge ressourcerne til at håndtere hverdagens stressorer.

De samlede resultater viser, at de sygemeldte, gennem aktiviteter, selvhjælpsøvelser og psykoterapi kan opnå flere ressourcer set ud fra, at flere studier har vist positive effekter på de sygemeldtes tilstand samt tilbagevenden til arbejde (Eklund & Erlandsson, 2011; Netterstrøm et al., 2013).

Resultaterne viser også, at kontakt til arbejdspladsen i form af arbejdstilrettelæggelse kan have en positiv effekt (Holmgren & Ivanoff, 2004; Netterstrøm et al., 2013), hvilket informant C også giver udtryk for.

Omkring håndterbarhed angiver Antonovsky, at hvis individet selv definerer arbejdsopgaverne, desto større er sandsynligheden for, at de også kan håndteres (Antonovsky, 2000). Ud fra teorien bør arbejdsgiveren inddrages, således der bliver skabt en forståelse mellem arbejdsgiveren og den sygemeldte for, hvordan sygemeldingsperioden skal håndteres, herunder tilrettelæggelsen af bl.a. arbejdstid og opgaver. Modsat viser resultater fra studierne, at kontakt til arbejdsgiver og kollegaer kan være af negativ karakter (Andersen et al., 2014; Martin et al., 2013), hvilket informant A, B og D også oplevede. De negative erfaringer med arbejdspladsen kan skyldes, at den sygemeldte oplevede, at arbejdsgiveren ikke var lydhør bl.a. vedrørende justering af arbejdsopgaver, hvorved den sygemeldte kan have fået en følelse af manglende forståelse for dennes situation. Yderligere kan en øget nervøsitet for at vende tilbage til samme arbejdsopgaver skyldes manglende ressourcer til at håndtere arbejdsopgaverne. Dette kan skabe en ubalance i belastningsgraden samt en følelse hos den sygemeldte af ikke at kunne håndtere opgaverne optimalt. En til flere negative oplevelser med ikke at kunne gennemføre arbejdsopgaver optimalt kan svække den sygemeldtes håndterbarhed. Derimod vil oplevelsen af håndterbarhed styrkes ved gentagne arbejdserfaringer og oplevelser, der er i overensstemmelse med den sygemeldtes evner. Modsat er det vigtigt, at der er en belastningsbalance for at sikre udnyttelse af den sygemeldtes potentiale og derved opbygge en oplevelse af håndterbarhed (Antonovsky, 2000). Det betyder, at den sygemeldte gennem et tilbud skal udfordres, da der ellers ikke opbygges en oplevelse af, at situationen kan håndteres. Vedrørende arbejdet fastslår Antonovsky, at der ikke kan ses bort fra den historiske og sociokulturelle situation, arbejdet er indlejret i (Ibid.), hvorfor det ikke kun er nødvendigt at tage højde for arbejdet og arbejdsopgaver for at den sygemeldte kan opnå en større grad af håndterbarhed. Det handler ligeledes om de relationer og kulturelle sammenhænge, den sygemeldte indgår i.

Dermed er det ikke kun arbejdspladsen, som den sygemeldte kan drage nytte af. Støtte fra pårørende og personer i samme situation, kan ligeledes bidrage til ressourcer, der kan gøre situationen mere håndterbar, hvilket resultaterne også angiver som betydningsfuldt for at vende TTA (Holmgren & Ivanoff, 2004; Norlund et al., 2013; Wästberg et al., 2013). De sociale relationer kan støtte den sygemeldte i form af at tilføre ressourcer, som den sygemeldte har brug for. Det kan f.eks. være at skabe mere tid og overskud i hverdagen, så den sygemeldte kan fokusere på andre områder. Men for at den sygemeldte kan opnå anvendelse af

udefrakommende ressourcer, såsom støtte fra omverden, skal omverden acceptere situationen for den sygemeldte for at sikre tillid mellem personerne. Tilliden skal for den sygemeldte være med til at sikre overskud, energi og ressourcer, til bl.a. at prioritere hverdagens nuværende situation samt håndtering af stressorer. På baggrund heraf vil det, for den sygemeldte, der oplever støtte fra sociale relationer, være muligt at fremme håndterbarheden.

Meningsfuldhed

Flere af studierne har opstillet et inklusionskriterie om, at deltagerne skal være motiverede for at deltage i indsatsen, hvilket kan være et udtryk for, at studierne vil have deltagere, der finder det meningsfuldt at investere energi i tilbuddet. Ved at deltagerne er motiveret for at følge forløbet, er der større sandsynlighed for, at de ser deltagelsen som meningsfuld, hvilket er i overensstemmelse med, at meningsfuldhed er motivationselementet (Antonovsky, 2000). Flere af studierne har en individorienteret tilgang, hvilket gør, at der kan tages højde for individets tilstand samt sætte fokus på, hvad den enkelte har brug for. Det gør, at den enkelte føler sig involveret i beslutningerne, og det er med til at skabe større engagement og motivation hos den enkelte, hvilket er afgørende for at fremme meningsfuldheden (Ibid.). Motivation og engagement bliver udtrykt af informanterne ved, at de både valgte at deltage på kurset, og at de hver især havde holdninger til indholdet på kurset. Kurset var for deltagerne en del af deres hverdag og havde indflydelse på deres fremtidige tilstand og situation. Dette kan være grunden til det engagement deltagerne lagde i kurset. Ifølge teorien oplever den enkelte, der har beslutningsfrihed over opgaver, rækkefølge og arbejdstakten højst sandsynligt mere meningsfuldhed end individer, der ikke har (Ibid.). Derudfra må det formodes, at holdninger og indflydelse på tilrettelæggelsen af at vende TTA har betydning for den sygemeldtes engagement ift. at vende TTA. Derfor må det vurderes, om der er flere områder, der bør tages højde for at sikre, at den sygemeldte får indflydelse og derved delagtiggørelse i beslutninger. Delagtiggørelsen er med til at øge motivationen og engagementet hos den enkelte og derved fremme følelsen af meningsfuldhed (Antonovsky, 2000). Det kommende tilbud kan derfor være med til at fremme meningsfuldheden hos deltagerne ved, at deltagerne fra begyndelsen sikres indflydelse og medbestemmelse, hvormed deres engagement og motivation for deltagelse øges.

Oplevelse af sammenhæng

Ud fra ovenstående viser analysen, at flere af de faglige og andre elementer kan være med til at fremme oplevelsen af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, men at det ikke

nødvendigvis vil ske gennem varigheden af forløbet. De redskaber, som deltagerne formår at opnå under det kommende tilbud, kan på sigt være med til at fremme deres SOC.

9 Diskussion

Kapitlet indeholder to overordnede afsnit. Den første del består af en diskussion af projektets anvendte metoder og anden del består af en diskussion af projektets resultater, herunder en vurdering af resultaterne samt en diskussion af generaliserbarhed. Afslutningsvist følger et afsnit om etiske problemstillinger.

9.1 Diskussion af metode og teori

I dette afsnit diskuteres, hvorvidt de valgte designs og metoder samt den valgte teori er relevante til besvarelse af projektets problemformulering. Indledningsvist vil afsnittet bestå af en diskussion af litteraturstudiet som design til at identificere elementer, der har betydning for et tilbud til sygemeldte med stress og depression, der formår at få dem TTA. Dernæst følger en diskussion af litteratursøgningen som den anvendte metode. Herefter følger en diskussion af designet casestudie samt diskussion af interviewundersøgelsen, som den anvendte metode. Afslutningsvist diskuteres den valgte teori.

Metoderne diskuteres i henhold til validitet, herunder den interne validitet, som fokuserer på selve projektets og resultaternes gyldighed samt den eksterne validitet, som fokuserer på generalisering af projektets resultater. Desuden diskuteres projektets reliabilitet, der fokuserer på pålidelighed og præcision (Juil, 2012; Andersson, 2006).

9.1.1 Litteraturstudie

Litteraturstudiet er med en målrettet søgning anvendelig til at afdække et bredere, men fokuseret udvalg af mulige relevante elementer. Ved at der inddrages kvantitative og kvalitative studier, er det med til at give en bredere forståelse for de fundne elementer og deres indvirkning på det kommende tilbud.

Indledende søgning

Den indledende søgning bestod af fritekstsøgning og kædesøgning. Søgningerne var anvendelige til at opnå generel viden på området og til at afdække relevante søgetermer samt forskellige kombinationer heraf. Denne proces medvirkede til, at der blev fundet relevant litteratur til det initierende problem og problemanalysen samt præcisering af søgetermer til den systematiske søgning.

Søgestrategi

Den systematiske søgning er udført så stringent som muligt for at sikre reliabilitet (Juul, 2012). Det var ikke muligt at lave fuldstændige ens søgninger, idet thesaurus-termerne ikke var ens i alle databaser. I nogle databaser var det nødvendigt at anvende fritekst-termer, hvis der ikke eksisterede et passende thesaurus-term. Dette kan have medført, at relevant litteratur blev overset, idet de valgte søgetermer ikke var tilstrækkelig dækkende eller var af en anden betydning end den tiltænkte (Jørgensen et al., 2013), hvilket kan have mindsket den interne validitet. På den anden side var den indledende søgning med til at fokusere den systematiske søgning gennem fund, afprøvning af relevante thesaurus-termer og fritekst-termer samt ved kombination heraf. Den indledende søgning var medvirkende til at gøre søgningen bred nok til at finde relevant litteratur samt snæver nok til at undgå for meget irrelevant litteratur. Selvom søgningen blev mere stringent heraf, vil til- og fravalg i søgningen altid kunne medføre at relevante studier ikke blev inkluderet (Jørgensen et al., 2013). Endvidere vil det altid være en subjektiv vurdering, hvornår en søgning er bred nok.

Om søgningen er for bred eller smal, kan diskuteres. Det kunne være relevant at inddrage studier, der specifikt undersøger, hvordan målgruppen bliver rask. Dette blev fravalgt, da det kunne indebære, at studierne ikke havde til formål at få de sygemeldte TTA, samt at søgningen derfor ville finde for meget irrelevant litteratur.

Yderligere kan det opfattes, at det samlede antal studier på 449 fra fem databaser er et højt antal og kan være udtryk for, at søgningen er for bred når der kun er udvalgt 12 heraf, jævnfør figur 4. Omvendt er projektets problemfelt bredt, idet der er flere elementer, der kan have indflydelse på om de sygemeldte vender TTA, hvorfor det anses som værende naturligt, at den systematiske litteratursøgning har et stort antal hits. Antallet af hits har resulteret i, at der er gennemgået mange studier, som vurderes, at være med til at mindske risikoen for at relevante studier er blevet overset, hvilket øger den interne validitet.

Emneord

Til- og fravalg af thesaurus-termer og fritekst-termer har betydning for identificerede studier. Det er muligt, at andre søgetermer ville identificere andre relevante studier, som den systematiske litteratursøgning ikke fandt. På den anden side hjalp den indledende søgning til at sikre afgrænsning af søgetermer og fritekstermer, der afdækkede projektets problemfelt. Ved inddragelse af begrebet mentale helbredsproblemer blev målgruppen bredt ud og favnede over tilstande, som var bredere end den tiltænkte målgruppe. Det er med til at mindske den interne

validitet, men valget for inddragelsen skyldtes den indledende søgning, som ved anvendelse af begrebet fandt relevante studier, hvorfor det blev vurderet, at en eksklusion af begrebet ville medføre, at relevante studier ikke blev identificeret.

Inklusions- og eksklusionskriterier

De studier, der havde deltagere med mentale helbredsproblemer, blev nærmere vurderet for at sikre, at størstedelen af deltagerne havde stress eller depression. I de tilfælde, hvor det ikke var muligt at finde frem til fordelingen af tilstande, blev studierne fravalgt for at undgå at mindske den interne validitet. Det kan betyde, at relevante studier er valgt fra, da studierne kunne have matchet projektets målgruppe.

Der blev ikke yderligere vurderet, hvilke målemetoder der blev anvendt til at fastslå de forskellige tilstande hos deltagerne i studierne. Det kan betyde, at der ikke er målt på samme måde, og graderne af tilstandene derfor kan være forskellige og muligvis ikke sammenlignelige. Det vurderes dog, at det ikke har en stor betydning for resultaterne og den interne validitet, da nærværende projekt fokuserer på en bred gruppe af stress- og depressionsramte.

Tre af de udvalgte studier omhandler kun kvinder (Eklund & Erlandsson, 2011; Holmgren & Ivanoff, 2004; Wästberg et al., 2013). Det kan betyde, at kvinders holdninger og erfaringer i større grad er repræsenteret end mændenes. Inddragelsen af de tre studier kan derfor betyde at den interne validitet kan være mindsket.

Hovedparten af de inkluderede studier, er fra Sverige og Danmark, hvilket øger den eksterne validitet. Modsat kan det diskuteres, om de studier, der ikke er fra Danmark, kan sammenlignes med danske forhold, da bl.a. lovgivningen er anderledes og kan have betydning for resultaterne i studierne afhængig af formålet, hvilket mindsker den eksterne validitet. Fundene af de nordiske studier kan skyldes, at søgetermerne var for snævre og ikke dækkede begreberne i andre lande. Yderligere kan grunden for fundene være, at der i større grad er forskning på området i norden.

Udvælgelse af litteratur

Ved gennemgang af de udvalgte studie var der flere af studierne der gik igen i de forskellige databaser, hvilket tyder på, at søgningen var fokuseret, ensartet og afdækkende. På trods af det kan reliabiliteten være svækket, idet udvælgelsen foretages af forskellige gruppemedlemmer og derved bære præg af forskellige forforståelser (Birkler, 2005; Fuglsang & Olsen, 2013). Allerede ved udvælgelse ud fra titel og abstract kan der være opstået forskellige til- og

fravalg, da vurderingerne f.eks. kan påvirkes af upræcis beskrivelse af titel og abstract. Derudover kan udvælgelsen påvirkes af gruppe-medlemmernes individuelle sprogkunderskaber, hvilket kan føre til misforståelser af teksten eller pointer, der går tabt, og i sidste ende være årsag til at et studie bliver frasortet. Den selektionsbias³⁶, der kan være opstået, er forsøgt mindsket ved at minimum ét andet gruppe-medlem har været inde over (Juil, 2012).

Vurdering af litteratur

Ved at inddrage kvalitative og kvantitative studier medfører det, ifølge evidenshierarkiet, at de udvalgte studier repræsenterer forskellige kvalitetsniveauer (Juil, 2012). De to reviews er placeret højest i evidenshierarkiet. Selvom reviewene er placeret højt ift. kvalitet, vurderes reviewenes resultater at være svære at overføre til et kommende tilbud, fordi de inddragede studier i reviewene har et bredere og ikke præcist det samme formål som nærværende projekt. Inddragelsen af reviews komplicerer ligeledes gennemskueligheden af, hvad der ligger til grund for resultaternes fund, hvorfor resultaterne kun i mindre grad bliver inddraget i analysen. Derfor lægges der mere vægt på andre inkluderede studier trods deres lavere placering i evidenshierarkiet. Placeringen i evidenshierarkiet afspejler ikke nødvendigvis validiteten af et studies resultater. Idet formålet med litteraturstudiet er at finde mulige elementer, vurderes studierne, trods design, at være relevante. De kvalitative og kvantitative studier kan i flere tilfælde supplere hinanden. I projektet anvendes de kvantitative studier til at identificere elementer, der har betydning for, at sygemeldte vender TTA. Derudover bidrager de kvantitative studier med at levere mere generaliserbar viden om, hvad der får målgruppen TTA. De kvalitative studier anvendes ligeledes til at identificere elementer samt til at give en dybere forståelse for elementers indvirkning på den sygemeldte og dennes TTA.

På trods af at de inkluderede studier ikke til fulde kan vurderes ud fra evidenshierarkiet, vurderes deres supplerende af hinanden at være med til at højne den interne validitet. Dette bakkes op af rapporten af Rieper & Hansen (2007), som har et alternativ til evidenshierarkiet, og introducerer i stedet evidensstypologien. Tankegangen bygger på, at forskellige designs kan være valide til at besvare forskellige problemformuleringer, frem for at nogle designs er stærkere end andre. De forskellige designs sidestilles derfor nærmere end at opstille en hierarkisk rangorden af designs (Rieper & Hansen, 2007), hvilket er tilfældet i nærværende projekt.

³⁶ Selektionsbias er en fejl i udvælgelsen, hvilket medfører systematisk over- eller undervurdering af et estimat (Juil, 2012).

De to studier, der er af Netterstrøm et al. (2007) (2013), bygger på samme principper, men inddrager forskellige deltagere, hvorfor de på trods af samme principper vurderes anvendelige med det forbehold, at deres resultater i mindre grad kan sammenholdes.

Yderligere bygger to af studierne på ReDO-programmet (Eklund & Erlandsson, 2011; Wästberg et al., 2013), hvilket kan give misvisende resultater, idet de samme individer indgår flere gange, hvorfor der er risiko for dobbeltpublikation (Juul, 2012). På trods af dette undersøger studierne forskellige aspekter og er derfor medtaget.

Ved hjælp af tjeklisterne; CASP, STROBE og PRISMA blev den kritiske gennemlæsning af studierne bedre, og der blev fundet forskellige kritikpunkter ved studierne. Der er bl.a. i flere af studierne foretaget selvrapporing af information, hvilket kan bevirke, at der forekommer hukommelsesbias (Andersson, 2006) eller selektiv informationsdeling, herunder eksempelvis tilbageholdelse af følsomme emner. Yderligere kan den interne validitet være mindsket pga., at deltagerne i flere studier frivilligt valgte at deltage, hvorfor de ikke nødvendigvis er repræsentative for det pågældende studies målgruppe. Endvidere kan nogle af studierne interne validitet være mindsket ved at behandlingsgruppen adskiller sig fra kontrolgruppen. I studierne er de metodiske eller andre former for fejl beskrevet og diskuteret, hvorfor de vurderes at være gennemsigtige, hvilket gør det muligt kritisk at forholde sig til resultaternes interne og eksterne validitet.

Tjeklister

Anvendeligheden af tjeklisterne vurderes god samtidig med, at kvaliteten er høj, da de kommer omkring vigtige kvalitetspunkter. Eksempelvis har CASP tjeklisten for kvalitative studier underspørgsmål, som gør, at studierne bliver vurderet bredt. På trods af brugbarheden af tjeklister, afspejler vurderingerne af studierne ikke kun deres kvalitet, men også gruppemedlemmernes læsefærdigheder, metodekendskab og fortolkningsevner. Derfor kan studierne opfylde flere af kravene i tjeklisterne, men det er ikke ensbetydende med, at studierne er af høj kvalitet. For at højne kvaliteten af de inkluderede studier, kunne flere af gruppemedlemmerne have vurderet studierne ud fra tjeklisterne for derefter at diskutere resultaterne. Igen blev dette imødekommet ved at inddrage et andet gruppemedlem ved forståelse- og fortolkningsvanskeligheder, hvilket vil øge reliabiliteten.

Sammenfattende vurderes den interne validitet at være mindsket pga. den ikke helt stringente søgestrategi, samt at udvælgelsen og gennemlæsningen foretages af forskellige gruppemedlemmer. Risikoen er dog minimeret ved, at alle gruppemedlemmerne har været inde over ud-

vælgelsen. Søgeprotokollen er grundigt beskrevet, hvilket øger gennemsigtigheden og reliabiliteten, da det vurderes, at søgningerne kan reproducere. Desuden kan flere af studierne mere eller mindre overføres til danske forhold, hvilket er med til, at den samlede bedømmelse af litteraturstudiet kan anvendes til besvarelse af problemformuleringen.

9.1.2 Casestudie

Casestudiet er valgt som design for nærværende projekt, fordi der udvikles guidelines specifikt til Sundhedscenter Vejle. Casestudiets validitet og reliabilitet kunne styrkes ved at inddrage flere forskellige dataindsamlingsmetoder. En metode, der kunne anvendes er observation, ved f.eks. en deltagende eller ikke deltagende form i det nuværende kursus. Denne metode kunne give en dybere forståelse for kursets opbygning og indhold samt de sociale processer, uafhængigt af begreber og forståelser fra informanternes mundtlige udtalelser (Launsø, Rieper, & Olsen, 2011).

Reliabiliteten af casestudiet er kontekstafhængig, som derfor kan være i sammenfald med oplevelserne bl.a. personer, der har deltaget på kurset. Men for andre stress- og depressionsramte, der har deltaget på lignende kurser i andre kommuner, kan resultaterne ikke nødvendigvis overføres direkte. En yderligere diskussion af generaliseringen af nærværende projekts resultater til resten af landet samt andre lande foretages i afsnit *9.2.11 Generalisering af resultater*.

9.1.3 Interviewundersøgelse

Der er både fordele og ulemper ved anvendelsen af individuelle semistrukturerede interviews. En fordel ved at benytte interviews som metode til dataindsamling er, at de giver mulighed for at komme i dybden med et tema (Kvale & Brinkmann, 2009).

Der blev ved interviewet forsøgt skabt en tryk og tillidsfuld atmosfære, hvilket vurderes at være opnået, da informanterne fortalte om meget personlige oplevelser, tanker og følelser.

Det er uvist, om informanterne har holdt brugbar viden tilbage, og det er derfor ikke sikkert, alt relevant information er inddraget i bearbejdningen. Men i og med informanterne er blevet stillet uddybende spørgsmål i tilfælde, hvor besvarelsen var mangelfuld, vurderes tilbageholdelsen af information i mindre grad at være tilfældet. Der kan ligeledes være forekommet hukommelsesbias (Andersson, 2006), hvilket kan skyldes, at der er gået tid siden, informanterne har deltaget på kurset, eller at deres tilstand kan have påvirket deres hukommelse (Ecke, 2015). Denne form for bias er svær at undgå, men det er forsøgt ved anvendelse af uddybende

spørgsmål ved fremhævelse af eksempler samt ved at have kursets- og andre mulige elementer udprintet til interviewet.

De semistrukturerede interviews vurderes at have været anvendelige til at give dybdegående viden om problemfeltet, men der kunne være sikret større validitet ved at foretage flere interviews. Det vurderes dog, at data er anvendelig til besvarelse af problemformuleringen.

Forberedelse af interviews

Udvælgelsen af informanter er baseret på inklusionskriterier, der blev opstillet af projektgruppen. Selve udvælgelsen og den første kontakt til informanterne blev foretaget af koordinatoren for kurset. I og med det var koordinatoren, der tog kontakt til informanterne, er det uvist, hvad udvælgelsen ellers er baseret på. Det kan ikke udelukkes, at koordinatoren har udvalgt tidligere deltagere, der generelt havde en positiv holdning til kurset, eller personer som har forbedret egen tilstand, hvilket øger sandsynligheden for selektionsbias. Den manglende viden omkring udvælgelsen er med til at mindske transparensen og validiteten. Men på baggrund af informanternes forskellige tilstande og holdninger til kurset vurderes det ikke, at koordinatoren har selekteret i udvælgelsen.

Interviewguiden havde mange temaer og spørgsmål, der skulle afdækkes. Det kan diskuteres, om mængden af spørgsmål og temaer har indvirkning på, om besvarelserne blev fyldestgørende. Ulempen ved at skulle afdække flere forskellige temaer, kan være, at der ikke bliver spurgt nok i dybden. Særligt kunne sidste del af interviewguiden, hvor seks spørgsmål skulle være i stand til at belyse informanternes udvikling af SOC i forløbet, have været mere uddybende. Hvis der var stillet flere spørgsmål til sidste del omhandlende SOC, havde projektet sikret større afdækning af udviklingselementet. Modsat ville det betyde, at andre spørgsmål i interviewguiden skulle fjernes, hvilket heller ikke ville være hensigtsmæssigt ift. at afdække faglige og andre elementers indvirkning på informanterne. Derudover blev det vurderet, at svarene omkring de faglige og andre elementer også var anvendelige til at belyse udviklingen af SOC.

Sidste del af forberedelsesfasen bestod i at pilotteste interviewguiden for at sikre, at spørgsmålene var forståelige og mulige at besvare for målgruppen. Pilottesten havde kun én deltager ud af otte, som passede til projektets målgruppe, som gjorde, at det var vanskeligt for testpersonerne at vurdere, om spørgsmålene var for personlige for målgruppen. På den anden side vil denne vurdering langt hen ad vejen være individuel. På trods af dette vurderes respondenternes feedback at have været konstruktiv.

Dataindsamling

Der blev udført fire interviews med informanter, der levede op til de opstillede inklusionskriterier. Ifølge Kvale og Brinkmann skal der foretages det antal interviews, der er nødvendigt, for at finde ud af det, der er brug for at vide (Kvale & Brinkmann, 2009). Det kan diskuteres, om fire informanter er nok til at afdække erfaringer, oplevelser og tanker omkring deltagelse på kurset og dets elementer, men ud af ovenstående diskussion omkring målgruppens forskellighed vurderes det, at de fire informanter er tilstrækkelig. Bredden af målgruppens aldersspænd blev ikke opfyldt ved udvælgelsen af informanter. Dermed har interviewundersøgelsen ikke formået at afdække de yngste deltageres oplevelser og erfaringer, hvilket kunne give andre resultater, og derfor muligvis mindske validiteten. Et andet punkt, der mindsker den interne validitet, er, at det kun er formået at få én mandlig informant. I og med mænds synspunkter kun baseres ud fra én mandlig deltager, er det i mindre grad muligt at vurdere noget om mænds holdninger på kurset.

Under udførelsen af interviewet erfarer interviewer og referent, at én af informanterne havde svært ved at forstå og besvare nogle af de stillede spørgsmål. Derfor kan det diskuteres, om informantens interview skulle ekskluderes på den baggrund. Det blev dog fravalgt, da projektet i forvejen havde en begrænset datamængde. Derudover blev det vurderet, at flere af informantens svar var brugbare i analysen, hvorfor interviewet blev inddraget i det omfang, hvor besvarelserne var tydelige, og hvor både interviewer og referent var enige om, at informanten havde forstået spørgsmålet korrekt.

Der blev i interviewet anvendt flere spørgsmålstyper. Flere af spørgsmålene var lukkede, hvormed der kunne svares med "ja" eller "nej". Det er umiddelbart ikke den mest hensigtsmæssige måde at stille spørgsmål på i et interview, hvis der ønskes en dybere forståelse heraf. Grunden til at de lukkede spørgsmål blev anvendt var for at undgå at styre svarene i en bestemt retning. Eksempelvis blev der spurgt om følgende: *"Er der undervisning/træning på kurset, der har betydet, du har fået det bedre?"*. Var der i stedet spurgt med *"hvilke"*, havde intervieweren forudindtaget, at der var undervisning og træning, der havde haft betydning, hvilket ikke nødvendigvis var tilfældet. Derfor blev de lukkede spørgsmål fulgt op med åbne opfølgende spørgsmål for derved at undgå at nævne specifik undervisning og træning og i stedet få informanten til at uddybe, hvilke, de oplevede, de fik det bedre af.

Det blev prioriteret, at alle gruppens medlemmer skulle udføre minimum ét interview. Der var ingen af gruppens medlemmer, der førhen havde prøvet at udføre individuelle interviews,

hvilket dermed gav alle erfaring indenfor området. De sparsomme erfaringer som interviewer kan være årsag til mindsket validitet, da det kræver erfaring at forsøge at afklare meninger, der er relevante for projektet undervejs i interviewet (Kvale & Brinkmann, 2009). Yderligere må det formodes, at fordi interviewene er foretaget af tre forskellige interviewere, vil interviewene være forskellige, da interaktionen mellem informant og interviewer vil influere herpå. Modsat vil interviews foretaget af samme interviewer heller ikke blive ens. I stedet er et kvalitetskriterie, at der er transparens i gennemførelsen af interviewene (Tinggaard & Brinkmann, 2012). Transparensen vil derfor øges, hvis interviewene blev foretaget af den samme person frem for tre forskellige.

Ved hvert interview skiftedes gruppemedlemmerne til at være referent. Selvom der er opsat rammer for referentens opgave, vil samme referent gennem samtlige interviews have sikret større stringens i udførelsen af opgaven. Referenten blev brugt til at observere informantens kropssprog og for at sikre, at alle spørgsmål blev besvaret. For at have gjort mere brug af kropssproget, kunne det være relevant med videooptagelser af interviewene. Det blev diskuteret i gruppen, hvorvidt videooptagelse var en mulighed, men blev fravalgt på baggrund af målgruppens sårbarhed. Observationerne kunne i større grad være anvendt, og dermed bidraget til yderligere data og en øget validitet.

Transskribering

Transskriberingerne blev foretaget af alle tre gruppemedlemmer, hvilket kunne have mindsket pålideligheden og stringensen. Det blev forsøgt hindret ved at følge fastlagte retningslinjer, samt at transskriberingerne blev foretaget af en af de to gruppemedlemmer, der deltog i interviewet. Derudover fandt transskriberingerne sted ganske kort tid efter selve interviewene. Det var en fordel, da det var med til at sikre, at transskribenten bedre kunne erindre informanternes udsagn og interviewsituationen, som gør optagelserne lettere at høre og forstå.

Analyse

Til at analysere interviewene blev der taget afsæt i fortolkningsfaserne selvforståelse, kritisk common-sense – forståelse og teoretisk forståelse. Ved anvendelsen af selvforståelse blev det klarlagt, hvilke temaer der videre skulle bearbejdes og analyseres. Det kan ikke udelukkes, at gruppemedlemmernes forforståelse kan have medvirket til, at informanternes udsagn er blevet mistolket. Hvis det er tilfældet, stemmer informanternes udsagn ikke overens med deres subjektive udsagn, hvilket vil mindske validiteten.

Gennem common sense blev der skabt en større forståelsesramme gennem en fortolkning af interviewene. Analysen kan være påvirket af gruppe medlemmernes subjektive vurderinger, hvilket kan betyde, at eventuelle udsagn eller vinkler kan være gået tabt. Det vurderes, at processen har øget reliabiliteten, ved at alle gruppe medlemmer har været en del af analysebearbejdningen.

Den teoretiske forståelse blev anvendt for at bearbejde egen empiri ud fra Antonovskys teori om SOC (Antonovsky, 2000). Når den teoretiske referenceramme og resultaterne kobles, skal det sikres, at resultaterne ikke fejlfortolkes i et forsøg på at få den teoretiske referenceramme til at passe heri. Under sammenkoblingen af resultater og teori har der været opmærksomhed på fejlfortolkninger, men grundet gruppe medlemmernes forforståelse kan det diskuteres, om der er sket en skævhed i resultaterne ved indførelse af den teoretiske referenceramme, som kan mindske validiteten.

Etik i interviewundersøgelsen

Individuelle interviews blev foretaget frem for fokusgruppeinterviews, da det blev vurderet, at målgruppen var særlig sårbar og kunne have svært ved at udtrykke sig i en gruppe. De temaer, informanterne gennem interviewene skulle besvare, var både personlige og følsomme temaer. På den baggrund blev det vurderet, at individuelle interviews ville være det mest optimale.

Generelt holdt interviewer sig til de opstillede temaer og underliggende spørgsmål for at undgå, at der blev skabt denne personlige relation. Det kan ikke vides med sikkerhed, om informanterne har været af samme opfattelse, men i starten af interviewet blev de gjort opmærksomme på, at de til enhver tid kunne trække sig fra interviewet, og at de ligeledes kunne afvise at besvare spørgsmål, de ikke ønskede at besvare.

Igennem bearbejdningen af data er informanternes udsagn blevet analyseret ved hjælp af teori. Det er uvist, hvorvidt informanterne vil opfatte deres udtalelser som overanalyseret, samt om intentionen med det, de sagde, var en anden. Det ville have været god forskningsetik, hvis informanterne havde set tolkningerne.

9.1.4 Teori

Et kritikpunkt ved teorien er, at fokus nemt flyttes over på den enkeltes manglende kompetencer og en bebrejdelse heraf frem for at undersøge, hvad der skal til for at ændre den sygemeldtes aktuelle situation. Teorien om SOC har fokus på, at den enkelte fremmer oplevelsen

af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, og kan derfor komme til at omhandle individets manglende kompetencer.

Et andet kritikpunkt ved at anvende Antonovskys teori er, at det ikke er muligt at udvikle SOC over en kort tidsperiode. Det kan derfor diskuteres, om der er en anden teori, der ville være mere velegnet til at belyse udviklingen. Eksempelvis kunne den canadisk-amerikanske psykolog Albert Bandura's teori om *self-efficacy* være anvendt til at vurdere udviklingen af den sygemeldtes mestringsevne, som kan have indflydelse på, hvordan belastninger tackles. Modsat er *self-efficacy* ligesom SOC noget, der udvikles gennem et livsforløb, hvorfor udviklingsperspektivet også kan være svært at belyse med denne teori (Bandura, 1977). Derudover har det været vanskeligt at vurdere på udviklingen af komponenterne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed gennem de fundne elementer. Det har ikke været muligt at måle på SOC, inden informanterne deltog i kurset, hvorfor der må vurderes på andre udtalelser ift. denne udvikling. Ved at vurdere SOC via andre udtalelser kan risikoen øges for en fejlfortolkning af udvikling af SOC. Udviklingen af SOC er blevet belyst ved hjælp af fire spørgsmål, hvilket er et begrænset grundlag at vurdere på. De inkluderede studier har ikke haft fokus på SOC, hvorfor det ud fra udtalelser og resultater må vurderes, hvorvidt der er sket en udvikling i SOC hos målgruppen. Samlet vurderes udviklingen i SOC på et spinkelt grundlag.

Et tredje kritikpunkt ved at inddrage teorien omkring SOC er målgruppens muligheder for at ændre SOC. Det anses som en barriere, hvis de sygemeldte hverken kan opnå handlekraft, evner til at reflektere over sine handlinger eller en indre motivation til at se meningsfuldhed i løbet af tilbuddet. Grunden hertil er, at det fremadrettet er den enkeltes ansvar at forbedre egen tilstand, hvilket kræver, at den enkelte, gennem tilbuddet, opnår redskaber, der gør, at individet i højere grad kan modstå indre og ydre stressorer. En yderligere barriere for at fremme SOC er, hvis den enkelte ikke helt eller delvist føler sig rask nok til at overskue at imødekomme stressorerne, i og med den enkelte ikke kan anvende de givne redskaber. Det må derfor revurderes, hvor anvendelig SOC er på f.eks. svært depressive sygemeldte, da de kan være i en situation, hvor de ikke kan overskue at imødekomme stressorerne.

Overordnet kan det diskuteres, om SOC er den mest velegnede teori til at belyse projektets problemstilling, da både projektets målgruppe og tilbuddets tidshorisont ikke umiddelbart er i overensstemmelse med teorien. Selvom det kan være vanskeligt at fremme målgruppens SOC i løbet af en begrænset periode, vurderes de sundhedsfremmende redskaber, der opnås i løbet

af tilbuddet, at være medvirkende til, at de sygemeldtes sundhed på sigt kan fremmes, hvorfor teorien har sin anvendelighed.

9.2 Diskussion af resultater

I det følgende vil projektets resultater fra analysen af litteraturstudiet og interviewundersøgelsen blive diskuteret for at finde frem til, hvilke elementer der er betydningsfulde for at få sygemeldte med stress og depression TTA. Yderligere vil problemstillinger fra analysen blive diskuteret, for at få en dybere forståelse af kompleksiteten af det kommende tilbud. Der inddrages i diskussionen anden relevant forskning på området samt teorien om SOC.

9.2.1 Aktivitetsbaserede tilbud

Resultaterne fra litteraturstudiet og interviewundersøgelsen viser, at fokus på aktiviteter, der kan hjælpe de sygemeldte i hverdagen, kan have en positiv effekt på at få sygemeldte TTA. Andre studier, der har undersøgt indsatsers indvirkning på at få deltagerne TTA, har positive effekter med at inddrage aktiviteter ift. kun at anvende kognitiv adfærdsterapi (Blonk, Breninkmeijer, Lagerveld, & Houtman, 2006; van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2003). Studiet af Blonk et al. (2006) viser en signifikant forskel i tiden for at vende TTA hos sygemeldte, der fik en kombineret indsats sammenlignet med sygemeldte, der kun fik kognitiv adfærdsterapi eller ingen behandling. I forhold til de sygemeldte, der fik kombineret behandling, var dem, der fik kognitiv adfærdsterapi 17 dage om at vende TTA, mens dem, der ingen behandling fik, var 30 dage om at vende TTA (Blonk et al., 2006). Disse resultater bekræfter, at det kommende tilbud bør have fokus på en kombineret indsats, hvor der tages udgangspunkt i alle hverdagens aktiviteter.

Derudover viser resultaterne af litteraturstudiet, at hverdagsaktiviteter kan være afgørende for, at sygemeldte genvinder kontrollen over deres eget liv (Holmgren & Ivanoff, 2004). Det kan bakkes op af et studie af Yerxa et al. (1998), hvori det vurderes, at alle mennesker kan påvirke tilstanden af egen sundhed, forudsat de får mulighed for at udvikle de nødvendige færdigheder. Ydermere fremhæver studiet, at mennesker skal ses i de kontekster, de indgår i samt de daglige rutiner, der optager personerne i deres livssammenhænge (Yerxa, 1998), og ikke blot have fokus på de arbejdsmæssige kontekster. Dette indikerer, at der ikke blot kan fokuseres på at håndtere stressorer, der forekommer i arbejdslivet eller i privatlivet. Ydermere viser forskning, at belastning og krav fra arbejde og familielivet kan øge risikoen for sygefravær fra arbejdet (Jansen et al., 2006; Sandmark, 2007). Samlet må det formodes, at det kom-

mende tilbud ikke kan adskille arbejde og privatliv, når hensigten er at få sygemeldte TTA. Derfor bør det kommende tilbud inddrage aktiviteter, der har fokus på hverdagens aktiviteter.

9.2.2 Fysisk aktivitet og selvhjælpsøvelser

Resultaterne fra litteraturstudiet og interviewundersøgelsen viser uenighed om fysisk aktivitet, herunder gåtures betydning for at vende TTA. At der ikke blev fundet en overbevisende effekt ved fysisk aktivitet, er ikke ensbetydende med, at det ikke har en effekt på at komme TTA. Eksempelvis blev det i TTA-projektet fundet, at fysisk aktivitet hjælper sygemeldte med at håndtere deres mentale helbredsproblemer (Winzor et al., 2012). Dette kan også være tilfældet for to af informanterne i interviewundersøgelsen, der gav udtryk for, at fysisk aktivitet giver dem flere positive oplevelser. Det er derfor muligt, at de effekter, der er ved fysisk aktivitet, ikke nødvendigvis kan måles ift., hvornår de sygemeldte vender TTA. I stedet for kan der være andre effekter knyttet til fysisk aktivitet, herunder forbedring af de sygemeldtes tilstand, som kan øge sandsynligheden for at de vender TTA. Derfor kan forskellige former for fysisk aktivitet med fordel inddrages i det kommende tilbud.

Konkrete redskaber, der findes anvendelig i litteraturstudiet og blandt informanterne, er selvhjælpsøvelser og undervisning i håndtering af stressorer. Stresshåndtering vurderes i TTA-projektet, at være med til at få de sygemeldte TTA samt forebygge gensygemeldinger (Winzor et al., 2012). Undervisning i stresshåndtering og dertil knyttede selvhjælpsøvelser må derfor vurderes at kunne inddrages i det kommende tilbud.

Et generelt problem med de faglige elementer er, at studierne ikke undersøger, hvilke faglige elementer, der har en positiv effekt på at få sygemeldte TTA. Eksempelvis nævner de i KVIS-projektet, at de faglige elementer, der er blevet tilbudt i de forskellige kommuner, er fysisk aktivitet, psykologsamtaler, psykoedukation, kostvejledning, mindfulness samt beskæftigelsesrettet undervisning (DISCUS, 2014). Om disse er medvirkende til, at de sygemeldte er kommet TTA, er ikke undersøgt eller vurderet i rapporten. Det er med til at komplicere vurderingen af, om der er nogle eller om samtlige faglige elementer har betydning for effekten for at vende TTA. Ved at der ikke bliver vurderet og konkluderet på de enkelte kommuners inddragelse af faglige elementer og effekten heraf, går brugbar viden tabt.

9.2.3 Kontakt til arbejdspladsen

Ifølge litteraturstudiet og interviewundersøgelsen, viser kontakten til arbejdsgiveren at, kunne have en positiv effekt på at vende TTA, men det kræver en fælles afklaring mellem parterne, hvor der forventningsafstemmes og skabes forståelse. I KVIS-projektet og TTA-projektet

blev arbejdsgiverinddragelse ligeledes fundet at have en positiv effekt på at vende TTA (DISCUS, 2014). Det samme gjorde sig gældende i rapporten af Høgelund (2012), som fandt, at arbejdsgiverinddragelse i flere af studierne var en forudsætning for en positiv effekt. Ligeledes fandt rapporten, at sygemeldte med mentale helbredsproblemer havde en positiv beskæftigelseseffekt, når de var en del af en samlet indsats, og hvor der var fokus på at vende TTA (Høgelund, 2012). Derfor kan det være en fordel, at det kommende tilbud inddrager arbejdsgivere, således der fra start er fokus på, at de sygemeldte vender TTA. Yderligere peger tidligere nævnte hvidbog på, at et samarbejde mellem arbejdsgiveren og den sygemeldte tidligt i sygemeldingen kan være med til at fremme tilbagevenden, idet arbejdsgiveren kan motivere og sætte rammer for den sygemeldtes tilbagevenden (Borg et al., 2010). På den anden side viser studier, at indsatser med kontakt til arbejdsgiver i større grad er effektive til at få sygemeldte TTA, når de sygemeldte er motiverede og har forventninger om at vende TTA (Brouwers, Terluin, Tiemens & Verhaak, 2009; van Oostrom et al., 2010).

Det tyder derfor på, at kontakt til arbejdsgiver og motivation for at vende TTA er med til at fremme sandsynligheden for, at de sygemeldte vender TTA. Det er dog sandsynligt, at sygemeldte, der starter i tilbuddet, ikke er motiveret for at vende TTA. Selvom motivationen ikke nødvendigvis er til stede ved starten af det kommende tilbud, finder en undersøgelse fra litteraturstudiet, at motivationen kan skabes undervejs (Wästberg et al., 2013). Det kan f.eks. ske gennem støtte fra arbejdsgiver, hvilket resultaterne fra analysen viser har en positiv effekt på den sygemeldtes tilstand. Dette bakkes yderligere op af andre studier, som undersøger støttes indvirkning på at vende TTA (Cornelius, van der Klink, Groothoff, & Brouwer, 2011; Jansen et al., 2003; Krause, Dasinger, Deegan, Rudolph, & Brand, 2001). Det ene studie omhandler ikke specifikt nærværende projekts målgruppe, men vurderer i stedet på sygemeldte med fysiske problemer (Krause et al., 2001). Det kan eksempelvis have den betydning, at sygemeldte kan opleve, at støtten er forskellig afhængig af tilstanden. Eftersom fysiske problemer i større grad kan ses af arbejdsgiveren, er psykiske problemer mere skjulte for omgivelserne. På den baggrund kan det forestilles, at arbejdsgiveren nemmere kan skabe en forståelse for sygemeldte med fysiske problemer, hvilket kan indikere, at sygemeldte med fysiske problemer muligvis har lettere ved at opnå støtte end sygemeldte med mentale helbredsproblemer.

De positive resultater omkring støtte og kontakt til arbejdsgiver ift. at vende TTA bakkes yderligere op af hvidbogen, der peger på, at manglende støtte fra kollegaer og arbejdsgiver er hæmmende for sygemeldte ift. i at vende TTA (Borg et al., 2010). Selvom der er opbakning

til, at sygemeldte skal have kontakt til arbejdsgiver under sygemelding, er det ikke ensbetydende med, at samtlige sygemeldte vil have positive oplevelse hermed, hvilket var tilfældet for flere af informanterne. Et kvalitativt studie af Nielsen et al. (2013) med fokus på hvordan kvinder med mentale helbredsproblemer oplever tilbagevenden til arbejde, fremhæver, at nogle kvinder søgte andet arbejde i stedet for deres forhenværende arbejde, idet de havde en stærk fornemmelse af, at der ikke ville ske ændringer på den forhenværende arbejdsplads (Nielsen et al., 2013). Der kan derfor forekomme positive og negative oplevelser med en kontakt til arbejdspladsen.

Ud fra hvidbogen tyder det på, at viden hos arbejdsgiver omkring mentale helbredsproblemer, herunder stress og depression, er nødvendig for at sikre en god kontakt og forståelse hos arbejdsgiveren af den sygemeldtes situation. Derudover kan størrelsen på arbejdspladsen have betydning for, hvor hjælpsom arbejdsgiveren er i processen for at vende TTA. Større arbejdspladser kan have bedre mulighed for at hjælpe de sygemeldte TTA, mens mindre virksomheder økonomisk set ikke har råd til at vente til medarbejdere kommer tilbage (Borg et al., 2010). På den anden side kan det være, at mindre arbejdspladser i større grad tager hånd om deres medarbejdere, fordi arbejdspladsen er sårbar, hvis en medarbejder bliver sygemeldt. Dette kan tale for, at arbejdsgivere og kollegaer på mindre arbejdspladser har større forståelse for den sygemeldtes situation. Endvidere kan der opstå en udfordring i at få afklaret, om den sygemeldte vil have gavn af en kontakt til arbejdspladsen, selv om den sygemeldte giver udtryk for, at vedkommende ikke vil have en kontakt. At den sygemeldte ikke ønsker en kontakt, kan hænge sammen med den sygemeldtes tilstand, hvorved den oplevelse af begribelighed, den sygemeldte har af omgivelserne, kan være mindsket og dermed være årsag til, at den sygemeldte ikke kan overskue en kontakt til arbejdsgiveren.

For at få den sygemeldte TTA har kontakten til arbejdspladsen overordnet en positiv effekt på at vende TTA og kan med fordel være en del af det kommende tilbud, ligesom arbejdsgiverens forståelse for den sygemeldtes situation bør prioriteres. Derudover kan der opstå en udfordring i at få afklaret, om den sygemeldte vil have gavn af en kontakt til arbejdspladsen.

9.2.4 Støtte

Som nævnt i forrige afsnit viser undersøgelser, at støtte fra arbejdsgiver har en positiv effekt på, at de sygemeldte vender TTA. Ligeledes kan støtte fra andre personer ifølge litteraturstudiet og interviewundersøgelsens resultater have en positiv effekt. Det gælder bl.a. pårørende, fagfolk og personer i en lignende situation, der viser sig at have en positiv indflydelse på den

sygemeldtes tilstand. Støtte bliver ligeledes fundet betydningsfuld i studiet af Nielsen et al. (2013). I studiet fremhæves, at følelsesmæssig støtte og et tillidsfuldt forhold er forudsætninger for en vellykket indsats, hvor kvinderne forbedrer deres tilstand og bliver klar til at vende TTA. Samlet finder studiet, at bekræftelse fra andre er med til at lette helingsprocessen (Nielsen et al., 2013). Støtte, der forekommer følelsesmæssigt, kan påvirke de sygemeldte til at vende TTA. Støtte generelt kan ligeledes formodes at have en effekt end slet ingen støtte, hvilket er fundet i studiet af Almeida et al. (2011). Heri undersøges, om støtte fra familie og venner har en effekt på depressive personers tilstand. Resultaterne viser, at støtte fra familie og venner er vigtigere end ingen former for støtte ift. et godt psykisk helbred. Samme studie fremhæver, at mindre netværk, få nære relationer og en lille grad af oplevet støtte alle associeres med højere grad af depressive symptomer (Almeida, Subramanian, Kawachi & Molnar, 2011). Derfor er kontakten til nære relationer vigtig, da det ofte er venner og familie, der udgør en støttefunktion og dermed kan hjælpe de stress- og depressionsramte TTA.

Begrebet støtte skal, ifølge Sundhedsstyrelsen, anvendes i en bred betegnelse, som den hjælp pårørende og andre kan give den sygemeldte. Det kan ske i form af udvisning af opmærksomhed og forståelse og vurdering af behov. Desuden påpeger rapporten, at støtte kan gives meget bredt, f.eks. i form af praktisk støtte, emotionel støtte og informationsstøtte (Sundhedsstyrelsen, 2012). Der er derfor mulighed for, at personer i den sygemeldtes omgivelser kan udvise støtte til den sygemeldte på forskellige måder.

Støtte vurderes ud fra ovenstående at være et element, der kan være med til at få den sygemeldte TTA. Yderligere kan det tyde på, at det kommende tilbud skal sørge for, at der blandt deltagerne opbygges en god gruppedynamik, der kan udvikles, så deltagerne sikres en form for støtte i løbet af forløbet. I og med der i det kommende tilbud er en forventning om, at tilbuddet skal have løbende optag, kan det modsat påvirke gruppedynamikken negativt. Grunden hertil er, at de sygemeldte ikke nødvendigvis vil få en fornemmelse af, at de er en del af et hold ved at der løbende kommer og stopper deltagere. Set ud fra diskussionen om støttes betydning og den betydning holdet kan have i den forbindelse, bør det overvejes, om løbende optag er den optimale løsning for det kommende tilbud.

9.2.5 Tid og opfølgning

Litteraturstudiet og interviewundersøgelsens resultater viser ikke noget entydigt om, hvilken betydning tidsaspektet og opfølgning har for de sygemeldte og deres tilbagevenden til arbejde. Der var kun én af informanterne, der mente, at der var for megen ventetid, før hun startede på kurset, mens kun ét studie fra litteraturstudiet viser, at lang ventetid har indflydelse på

indsatsens resultater (Martin et al., 2013). Det kan være årsagen til, at de projekter, der i KVIS-projektet formåede at afholde den første afklarende samtale inden seks uger efter den enkeltes sygemelding, var blandt de mest effektive projekter (DISCUS, 2014). Det kan indikere, at en tidlig indsats kan have en effekt på at vende TTA. I rapporten af Høgelund (2012) angives det ligeledes, at en tidlig indsats har en effekt. Grunden til, at en tidlig indsats har en effekt, er ifølge rapporten, at de sygemeldtes kvalifikationer ikke når at forringes, eller at de sygemeldte ikke når at blive afskediget og dermed miste muligheden for at vende tilbage til sit hidtidige arbejde (Høgelund, 2012). Der kan være fordele for de sygemeldte ved at starte hurtigt i tilbuddet. Det kan være med til at sikre, de sygemeldtes tilstand ikke forværres i løbet af en eventuel ventetid. En ulempe ved at starte hurtigt kan være, at de sygemeldte ikke psykisk er klar til at deltage i et tilbud og ligeledes ikke er motiveret for et tilbud med fokus på TTA. Yderligere er det ikke sikkert, at længere ventetid vil medføre, at de sygemeldte bliver mere klar og motiveret for at deltage, da tilstanden kan have betydning herfor. Ud fra ovenstående vurderes det, at ventetiden for at starte i det kommende tilbud skal være kort. Dette bliver formentlig ikke en problemstilling i Sundhedscenter Vejle, da det forventes, at det kommende tilbud skal have løbende optag. Modsat kan løbende optag som tidligere nævnt få negativ indflydelse på gruppedynamikken. Hvis løbende optag bliver på bekostning af gruppedynamikken, må det vurderes, om løbende optag eller gruppedynamikken er af størst betydning for at få de sygemeldte TTA.

Det er hensigten, at det kommende tilbud skal vare ti uger. Ved at lave tilbuddet længere er der mulighed for, at deltagerne kommer mere i dybden med de faglige elementer, f.eks. ved bedre at kunne anvende og håndtere de opnåede redskaber. Det kan være med til at gavne den sygemeldtes tilstand, ved at personen kommer styrket TTA og derved være i mindre risiko for at blive sygemeldt igen. På den anden side kan det være, de sygemeldte ikke formår at opnå forståelse for redskabernes anvendelse, trods en forlængelse af forløbet. Derved vil de sygemeldte ikke få en yderligere effekt ved at forlænge tilbuddet, og dermed vil det ikke være relevant at forlænge tilbuddet.

Ydermere vil et forlænget forløb give samfundet større omkostninger pga., at der ikke er nogen evidens for, et længere forløb har større effekt på at vende TTA. Selvom informanterne vurderer, at de kan få gavn af et længere forløb, vil deres SOC som tidligere nævnt i løbet af nogle få ekstra uger ikke kunne udvikle sig betydeligt, da den udvikles over længere tid. Et længere forløb vil derfor ikke kunne bakkes op af, at de sygemeldtes SOC når at udvikle sig betydeligt. Trods informanternes udtalelser vedrørende en præference for et længere forløb,

betyder dette ikke nødvendigvis, at de har behov for mere viden eller vil få mere ud af et længere forløb. Grunden kan i stedet være, at kurset får dem til at føle, at de har noget at stå op til samt en øget forståelse, idet de omgås andre mennesker i en lignende situation. Et længere forløb kan derfor være et udtryk for, at kurset dækker andre behov end det at opnå mere viden og flere redskaber.

Et alternativ til et længere forløb kan være opfølgning eller kontakt til fagfolk efter at være vendt TTA. I et studie, der omhandler sygemeldte med mentale helbredsproblemer og at vende TTA, nævnes det, at der bør være opmærksomhed på tiden efter tilbagevenden, for at individet ikke bliver sygemeldt igen (Arends, van der Klink, van Rhenen, de Boer & Bültmann, 2014). Opmærksomheden i den efterfølgende proces kunne være i form af støtte, da et kvalitativt studie viser, at det har effekt for personer med stressrelaterede symptomer for at vende TTA (Hellman, Jonsson, Johansson & Tham, 2013). En form for støtte eller kontakt efter endt forløb bør overvejes, da det kan give tryghed for de sygemeldte både ift. den rette anvendelse af opnåede redskaber, men også for at sikre en bæredygtig TTA.

De ovenstående afsnit tydeliggør kompleksiteten i at udforme det kommende tilbud. Selvom der tages højde for faglige og andre elementer, er det ikke en garanti for en vellykket indsats, da andre faktorer, end de belyste, har indflydelse på processen. Forskning viser, at udformningen af et tilbud er en kompliceret proces. Den medicinske del, arbejdsrelaterede faktorer, personlige faktorer, politikker på området og strukturen i sundhedsvæsenet influerer i højere eller mindre grad på, om sygemeldingen medfører tilbagevendelse til arbejde (Blank, Peters, Pickvance, Wilford & Macdonald, 2008). Det tydeliggøre, at de faglige og andre elementer i nærværende projekt kun er en del af årsagen til de resultater, et tilbud vil medføre.

9.2.6 Sygdomsforståelse

Udover de faglige og andre elementer tyder det på, at de sygemeldtes sygdomsforståelse også kan have en betydning for, om og hvornår de sygemeldte vender TTA. Betydningen af sygdomsforståelse er indtil videre kun undersøgt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær, hvor det blev fundet, at sygemeldtes egen forståelse af sygdommen har betydning for, om de vender TTA (Borg et al., 2010). At forståelse har en betydning for, om den sygemeldte vender TTA, er i overensstemmelse med teorien omkring SOC. Ved at opnå viden om tilstanden og den forudsigelighed, der kan følge med denne viden, er der mulighed for, at den sygemeldtes oplevelse af begribelighed fremmes. Dette kan også ske ved, at den sygemeldte øger forståelsen af de indre og ydre stimuli, den sygemeldte konfronteres med (Antonovsky,

2000). Forståelsen af indre og ydre stimuli har ligeledes betydning i studiet af Shaw et al. (2002). Heri fremgår det, at den subjektive forståelse af smerter, symptomer, helbredsproblemet, arbejdsdygtigheden og prognose blandt sygemeldte med somatiske helbredsproblemer har indflydelse på sandsynligheden for at vende TTA (Shaw, Segal, Polatajko, & Harburn, 2002). Den sygemeldtes sygdomsforståelse synes derfor at have betydning for, hvordan den sygemeldte tænker og handler ift. at vende TTA. Ud fra egen livshistorie og erfaringer samt gennem mødet med omgivelsernes forståelser og håndtering af tilstanden, herunder information fra behandlere, arbejdspladsen, medier, familie og venner, skaber og ændrer den sygemeldte løbende sygdomsforståelsen (Borg et al., 2010). Omgivelserne har dermed betydelig indvirkning på den forståelse, der skabes. En øget opfattelse og forståelse samt håndterbarhed af egen tilstand og situation må formodes at kunne opnås af alle mennesker i større eller mindre grad set ud fra teorien omkring SOC. Derfor vurderes det, at sygemeldte med stress og depression ligesom sygemeldte med muskel- og skeletbesvær har mulighed for at fremme deres oplevelse af begribelighed og håndterbarhed gennem sygdomsforståelse.

9.2.7 Målgruppen

Stress- og depressionsramte sygemeldte er en kompleks målgruppe, hvormed der kan opstå forskellige problematikker i forbindelse med udviklingen af et tilbud. Det følgende vil være en diskussion af disse problematikker.

Stress- og depressionsramte

Stress og depression defineres forskelligt, da stress er en belastningstilstand og dermed ikke en sygdom, som depression er. Derfor bør stress og depression opfattes som værende to forskellige tilstande. Selvom stress og depression kan have lignende symptomer, er der fysiologisk og mentalt forskel på stress og depression, hvorfor disse måles og behandles forskelligt.

Vurderingen af stress og depression kan foregå ved hjælp af forskellige målemetoder, hvorudfra lægen diagnosticerer den enkelte borger. Det kan skabe usikkerhed om diagnosticeringen, da den sker på baggrund af en begrænset konsultationstid og forskellige målemetoder. Yderligere kan det være vanskeligt for den praktiserende læge at opspore mentale helbredsproblemer, medmindre de sygemeldte selv udtrykker sig herom (Borg et al., 2010). Den problematik, der kan være ved diagnosticering, oplevede en af informanterne. Hun henvendte sig flere gange til lægen med stress- og depressionslignende symptomer, men blev sendt hjem hver gang uden diagnosticering, fordi hun ifølge måleskemaerne hverken havde stress eller depression. For informanten endte det med akut indlæggelse med svær depression. Der kan

være flere grunde til denne fejldiagnosticering. Eksempelvis kan det skyldes målemetoden eller manglende oplysninger fra informantens side eller en kombination heraf. Fejldiagnosticeringen kan have konsekvenser for individet, men ligeledes for sundhedscentret og jobcenteret. Ansatte ved Sundhedscenter Vejle vurderer, at praktiserende lægers henvisninger ofte ikke er veldokumenterede, da der jævnligt mangler information om diagnose og årsager (Ecke, 2015). Fra lægens side kan den manglende information i henvisningerne, skyldes manglende viden om, at forvaltningen ønsker en mere præcis diagnose, hvilket kan bunde i manglende kommunikation fra forvaltningen til lægerne. En optimering af vurderinger og henvisninger af sygemeldte kan derfor være med til at sikre de sygemeldte mere optimale forløb, der passer til deres situation, da diagnosticeringerne anvendes i tildelingen af tilbud til de sygemeldte.

Ud over problematikken med fejldiagnosticeringen, kan der opstå udfordringer med, hvad det kommende tilbud skal have fokus på, da behandlingerne til projektets målgruppe er forskellige. Som tidligere nævnt anvendes der ofte psykologsamtaler og meditationskurser og som udgangspunkt ikke medicinsk behandling til borgere ramt af stress (Rod, 2011; Stressforeningen, 2011). Disse metoder lægger sig op af behandlingen for mild depression, hvor heller ikke medicinsk behandling, men i stedet psykosociale behandlinger anbefales. Modsat anbefales moderat til svært depressionsramte medicinsk behandling. Yderligere anbefales også psykologisk behandling og psykoterapi (World Health Organization, 2012). Stress og mild depression har sammenlignelige behandlingsmetoder, hvorimod behandlingen af moderat til svær depression er mere omfattende. På baggrund heraf vil det kommende afsnit være en diskussion af, om det kommende tilbud skal omfatte alle tilstande.

Målgruppen i det kommende tilbud

Der kan både tales for og imod en afgrænsning af målgruppen. Ud fra ovenstående taler de forskellige behandlingsmetoder for en afgrænsning af målgruppen, hvormed stress og mild depression og moderat til svær depression bør behandles separat. Dette kan bakkes op af informanterne med moderat til svær depression, der udtrykte, at de ikke kunne overkomme samtlige redskaber på kurset. Det kan indikere, at de ikke fik det optimale ud af kurset, hvilket kan skyldes, de ikke var parate til at tilegne sig ny viden og dermed ikke var i stand til at tage de redskaber, der opnås gennem f.eks. psykoterapi og selvhjælpsøvelser til sig. Ifølge teorien om SOC er der mulighed for, at de aktiviteter, den sygemeldte bliver stillet overfor, kan medføre en overbelastning, hvis ikke de nødvendige ressourcer er til stede. Dette kan

være med til at mindske den sygemeldtes oplevelse af håndterbarhed og eventuelt meningen for den enkelte med at deltage i tilbuddet (Antonovsky, 2000).

Yderligere tales der for at afgrænse målgruppen ift. deltagernes arbejdsparathed. Et studie af Nielsen et al. (2011) viser, at medarbejdere sygemeldt med selvrapporteret stress hurtigere kom TTA end dem med selvrapporteret depression og andre mentale helbredsproblemer (Nielsen et al., 2011). Studiets resultater kan indikere, at målgruppen med stress i højere grad er parate til at deltage i et tilbud, der har til hensigt at få dem TTA end personer med depression og andre mentale helbredsproblemer. Det samme viser sig hos informanterne, hvor de to, som var sygemeldt med stress, er kommet TTA, hvorimod de to med moderat til svær depression ikke er kommet TTA. Samlet kan det indikere, at sygemeldte, der er meget belastede og ikke har ressourcer til at håndtere de krav, de stilles overfor samt ikke er klar til at håndtere egen situation og komme TTA, ikke bør deltage i det kommende tilbud.

Sværhedsgraden af tilstanden kan have betydning, viser to af studierne fra litteraturstudiet. I studiet af Netterstrøm et al. (2013) blev deltagere med svære psykiske lidelser, hvilket indebærer mere end én tilstand og at få medicin, ekskluderet. Nogenlunde samme eksklusionskriterier blev opsat i studiet af Martin et al. (2013), som erfarede, at sygemeldte med mere alvorlige tilstande end der var tiltænkt for projektet, blev inkluderet. Det kan muligvis være årsag til de negative resultater, studiet viste ift. få sygemeldte TTA. Ekskluderingen kan være et udtryk for, at personer, der får medicin og er moderat til svært depressive, ikke bør indgå i et tilbud, der har til hensigt at få sygemeldte TTA.

Sværhedsgradens betydning for effekten af indsatsen viser KVIS-projektet. Heri bliver der fundet positiv effekt for at vende TTA for sygemeldte med lettere mentale helbredsproblemer herunder stress og depression, hvorimod indsatsen ikke havde positiv effekt for svære mentale helbredsproblemer (DISCUS, 2014). Det bakker op om, at et tilbud, der har til hensigt at få sygemeldte TTA, egner sig til personer med lettere mentale helbredsproblemer, som tolkes til at omfatte stress og mild depression.

Noget andet, der taler for at afgrænse målgruppen til sygemeldte med stress og mild depression, er, at det kommende tilbud har forebyggende og sundhedsfremmende elementer. Der er fundet evidens for at kunne forebygge udviklingen af depression for personer med mild depression, men ikke for moderat og svært deprimerede. Det indikerer, at hvis tilbuddet skal have en forebyggende effekt, bør målgruppen kun omfatte sygemeldte med mildere symptomer (Borg et al., 2010).

En utilsigtet konsekvens, der kan opstå ved afgrænsning af målgruppen, er at fejldiagnosticerede sygemeldte bliver en del af det kommende tilbud. Det er et problem, hvis de fejldiagnosticerede har en dårligere tilstand, end det er tiltænkt for tilbuddets målgruppe, da tilbuddet ikke vil være tilpasset tilstanden, hvorved de ikke vil få meget ud af deltagelsen, ligesom det kan medføre nederlag for den enkelte. Det kan som tidligere nævnt også være med til, at deres SOC ikke vil fremmes, da der vil være en ubalance i de ressourcer, de har til at magte tilstedeværelsen på holdet, og som kan være forskellige fra sygemeldt til sygemeldt. I studiet af Martin et al. (2013) er der opsat klare inklusionskriterier for målgruppen, men på trods af dette har personalet svært ved at vurdere typen og sværhedsgraden af tilstandene. Det har resulteret i, at nogle af personerne, der deltog i tilbuddet, havde mere alvorlige tilstande, end det var tiltænkt (Martin et al., 2013). Det indikerer, at på trods af inklusionskriterier kan det ikke udelukkes, at det kommende tilbud får deltagere uden for en opsat målgruppe, hvilket det kommende tilbud skal være opmærksom på. Opmærksomheden skal både rettes mod lægens diagnosticering samt mod de fagfolk, der efterfølgende skal vurdere de sygemeldte, med henblik på at minimere fejlplaceringer af sygemeldte, selvom det aldrig kan udelukkes, da det bunder i subjektive vurderinger.

Det kan være problematisk, hvis målgruppen kun afgrænses via tilstandens sværhedsgrad, da andre faktorer også kan have betydning for en eventuel afgrænsning. Eksempelvis kommer *The International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) frem til, at udfaldet af sygefravær er afhængigt af fire faktorer; medicinske faktorer, arbejdsrelaterede faktorer, kontekstuelle faktorer og personlige faktorer (Depressionsforeningen, 2009). På den baggrund bør der tages højde for andre faktorer i afgrænsningen af målgruppen. Set ud fra de personlige faktorer kan depressionsramte have store koncentrationsvanskeligheder og alvorlige forstyrrelser af de interpersonelle relationer. Andre depressionsramte oplever i højere grad motivations- og energiproblemer, nedsættelse af de kognitive funktioner eller selvreguleringsvanskeligheder. Derudover er der individuel variation i styrke og varighed af symptomerne (Borg et al., 2010). Det kan indikere, at der kan være store personlige forskelle blandt de sygemeldte, hvilket ligeledes kan have en betydning for, hvordan målgruppen skal afgrænses. Dette kommer f.eks. til udtryk ved, at informant C og D, som begge er stressede, reagerer på forskellige måder ift., at gruppen indeholder både stress- og depressionsramte.

Ud fra ovenstående diskussion af målgruppen er der flere argumenter for, at målgruppen bør afgrænses til at indeholde sygemeldte med stress og mild depression. De moderat til svært depressive er i en tilstand, hvor de kan have svært ved at rumme eller håndtere et tilbud, der

har til formål at få dem TTA. I stedet bør denne gruppe tilbydes flere individuelle samtaler, hvilket ifølge studiet af Andersen et al. (2014) hjælper sygemeldte med svære grader af mentale helbredsproblemer. WHO anbefaler ligeledes, at moderat til svært depressive skal tilbydes en form for psykoterapi, såsom kognitiv adfærdsterapi eller problemløsende behandling (World Health Organization, 2012).

På trods af afgrænsningen vil målgruppen stadig være meget heterogen, da andre faktorer ligeledes har betydning for sygefraværet. Målgruppen kan gøres mere homogen ved at foretage en yderlig opdeling. Opdelingen kan foretages efter f.eks. alder, interesser, civilstatus, beskæftigelse og køn, hvilke er faktorer, der kan have betydning for de sygemeldtes personlighed og situation. Især køn formodes at have betydning, da undersøgelser viser, at risikoen for at blive ramt af depression er større for kvinder, samt at flere kvinder angiver stressrelaterede problemer end mænd (Nielsen et al., 2008; Olsen et al., 2004). Tidligere forskning har vist, at kombinationen af beskæftigelse og ansvaret for hjemmet kan være mere stressende for kvinder end for mænd (Härenstam & Bejerot, 2011), og da flere kvinder end mænd i de vestlige lande er i denne situation, hvor de både arbejder og tager sig af de huslige pligter, kan kombinationen af privatliv og arbejdsliv være en stressor for kvinder (Lidwall, Marklund & Voss, 2010; Nordenmark, 2002). Derfor kan et tilbud rettet til kvinder med stress og mild depression, der har fokus på denne stressor og håndtering heraf, være et alternativ til en yderligere opdeling. En yderligere opdeling bør overvejes, hvis der foreligger evidens for mere positive resultater ved opdelingen. Ydermere vil homogene tilbud medføre større omkostninger, hvilket kan forringe tilbuddet trods en eventuel dokumenteret effekt. Alternativt kan der tages højde for forskellighederne i målgruppen, således indholdet i tilbuddet favner den indsnævrede målgruppe.

9.2.8 Problematikken i hurtigt tilbage til arbejde

Nærværende projekt imødekommer Sundhedscenter Vejles målsætning for det kommende tilbud, som handler om at få sygemeldte med stress og depression HTTA. Modsat kommer projektet igennem problemanalysen frem til, at der ikke kan ses bort fra, hvordan den sygemeldte får det bedre for at komme TTA. Derfor har der, gennem nærværende projekt, været fokus på TTA, men med en bevidsthed om, at målet for sundhedscentret er HTTA. Ved at have fokus på TTA frem for HTTA flyttes fokus fra, at det kun handler om at få den sygemeldte hurtigt tilbage til en bredere målsætning, hvor der i højere grad er fokus på borgerens behov og bæredygtig TTA. Nedenstående vil omfatte en diskussion af, hvorvidt et fokus på

HTTA vil være i stand til at varetage den sygemeldtes behov og være med til at skabe en bæredygtig TTA.

Hvorvidt indsatsen opnår tilfredsstillende resultater ift. at få sygemeldte TTA er afhængig af flere faktorer. Det kan være en fremstilling af, hvad fagfolk definerer som et positivt resultat samt de oplysninger, der anvendes til at afgøre, om resultatet er opnået. Derudover kan forskellige interessenter have forskellige interesser, bekymringer og motivationsfaktorer, som kan skabe modsatrettede opfattelser af målsætningen (Young et al., 2005).

Studiet af Martin et al. (2013) viste en uoverensstemmelse i, hvad et positivt resultat er for målsætningen om at få sygemeldte HTTA. Heri havde jobcentret fokus på HTTA, mens det tværfaglige team havde fokus på bæredygtig TTA, hvilket indebærer, at gensygemeldinger blev forsøgt undgået (Martin et al., 2013). De to perspektiver på indsatsen kan være medvirkende til, at målsætningen for indsatsen bliver uklar og kan skabe forvirring hos deltagerne. Eksempelvis udtrykker flere af deltagerne, at de kan arbejde flere timer, men frarådes det af det sundhedsprofessionelle team (Ibid.). Derudover viser litteraturstudiet, at det er forskelligt, hvordan indsatsen, der har til formål at få sygemeldte TTA, udformes. Forskellen er til stede i studierne af Eklund et al. (2011) og Netterstrøm et al. (2013). Eklund et al. (2011) finder positive resultater ved at inddrage hverdagens aktiviteter, hvorimod Netterstrøm et al. (2013) finder positive resultater ved en mere beskæftigelsesrettet tilgang. Om det ene studies indsats er mere effektiv til at få sygemeldte TTA end det andet, er svært at vurdere. Ud fra deres målinger af effekten over længere tid kan det ikke vurderes, da studiet af Netterstrøm et al. (2013) kun målte op til tre måneder efter indsatsens afslutning, og studiet af Eklund et al. (2011) målte op til 12 måneder efter indsatsens afslutning. Om effekten er vedvarende er uvist for begge, men der er sandsynlighed for, at effekten er midlertidig.

Deltagerne i studiet af Eklund et al. (2011) har efter en 12 måneders periode mindre sygefravær, mindre opfattet stress og større selvværd end kontrolgruppen, hvilket kan indikere, at der opnås længerevarende effekt ved en indsats, der inddrager hverdagens aktiviteter. Det bakkes op af kvinderne, der deltog i indsatsen, som generelt udtrykte sig positivt om oplevelsen af at deltage i en indsats, der havde fokus på det hele menneske og alle hverdagens aktiviteter. Flere af informanterne havde tidligere negative oplevelser med indsatsen, der kun havde fokus på arbejdssituationen (Wästberg et al., 2013). Det indikerer, at det kommende tilbud ikke kun skal have fokus på at få sygemeldte HTTA, hvilket yderligere bakkes op af et studie af Nielsen et al. (2013). Studiet har undersøgt, hvordan kvinder med mentale helbredsproblemer

oplever sygefravær og efterfølgende det at vende TTA. De finder, at det ikke er muligt at opfatte beskæftigelsesstatus som den eneste faktor for et vellykket forløb, da kvinderne frygter tilbagefald og ikke med sikkerhed har opnået et forbedret selvværd, inden de vender TTA (Nielsen et al., 2013). Det kan være et udtryk for, at kvinderne ikke har fået det bedre og dermed ikke er raske, men nærmere tvinges HTTA, hvorved der ikke tages højde for en bæredygtig indsats. Yderligere kan en konsekvens ved, at de ikke har nået at få det bedre være en øget risiko for gensygemeldinger.

I et studie, der undersøger tilfredsheden ved at vende TTA hos forskellige interessenter, fastslår, at det på sigt vil gavne samfundet økonomisk og den enkelte og øge dennes livskvalitet, hvis sygemeldte får hjælp til at opretholde en ønsket plads i samfundet (Young et al., 2005). Det er ikke overraskende, at livskvaliteten øges hos sygemeldte ved at komme TTA, idet identiteten i den moderne vestlige kultur er tæt knyttet til arbejdslivet, hvorfor en sygemelding kan få betydning for selvværdet og følelsen af at være i kontrol (Svensson, Mussener, & Alexanderson, 2006). Det tyder derfor på, at et beskæftigelsesrettet fokus ligeledes kan være med til at tilgodese borgerens behov. Men forholdet mellem sundhed, trivsel og at vende TTA er kompleks, og det er ofte svært at adskille de negative virkninger af sygefraværet fra de negative virkninger af stress og depression (Nielsen et al., 2013). Dette synliggør, at fokus ikke blot bør være på at komme HTTA, men ligeledes bør der være fokus på den sygemeldtes tilstand og dennes vendte TTA.

Det at vende TTA kan ikke ses som noget ubestridt positivt. Tilbagevenden kan være skadeligt for personers mentale sundhed og trivsel, hvis arbejdet f.eks. er forbundet med mobning og stigmatisering (Nielsen et al., 2013). Yderligere kan der f.eks. opstå sure miner og irritation hos kollegaer og arbejdsgiver, hvis medarbejderen vender TTA, uden at være parat. Der er derfor mulighed for, at sygemeldtes tilbagevenden kan medføre utilsigtede konsekvenser for den enkelte i bestræbelsen på at opnå målsætningen HTTA.

Ydermere tyder det på, at ved at tage højde for den sygemeldtes behov vil det på sigt være en økonomisk fordel for kommunen, da det kan give en mere bæredygtig tilbagevenden til arbejdet. Et af de behov, der blev fundet i litteraturstudiet, som har betydning for den sygemeldte, er det at blive lyttet til og bekræftet (Wästberg et al., 2013). Denne bekræftelse kan være en måde, hvorpå den sygemeldte opnår en større kognitiv forståelse af egen situation, ved at der skabes en sammenhæng og forklaring af situationen. Derpå kan oplevelsen af begribelighed øges. Det, at der tages udgangspunkt i de sygemeldtes behov, er dog ikke nødvendigvis en forudsætning for en vellykket indsats og øget oplevelse af begribelighed, da der

er en sammenhæng mellem motivation og det at vende TTA. Den sygemeldte skal finde mening ved at skulle TTA, da det er med til at skabe motivationen og øge engagementet for at komme TTA. Ydermere er der en sammenhæng mellem de sygemeldtes vurdering af deres formåen og at komme TTA (Høgelund, 2012), hvilket kan indikere, at det i løbet af tilbuddet er vigtigt at sørge for, at de sygemeldtes motivation for at vende TTA opretholdes. Udover motivationen viser forskning også, at der er personlige faktorer, der har betydning for, om en person vender TTA. Det gælder bl.a. helbred, selvværd, værdsættelse som deltagende medlem af samfundet, bekymringer om tab af arbejdet og indtjening (Borg et al., 2010).

Ud fra ovenstående diskussion, er der flere forhold, der gør sig gældende, når det skal vurderes, hvilket formål en indsats bør bygge på. Samlet vurderes det, at det kommende tilbud ikke kan se bort fra den sygemeldte behov og dennes vendte TTA, da det kan medføre utilsigtede konsekvenser ved kun at have fokus på HTTA.

9.2.9 Ethiske problemstillinger ved målsætningen

Der kan opstå etiske problemstillinger, når målsætningen HTTA skal opnås i det kommende tilbud. Ifølge filosofen Aristoteles, en af skaberne af etik, handler etik om de sædvaner eller de vanemæssige handlinger, som bliver en mere eller mindre ufravigelig del af ens person. Aristoteles påpeger ifølge Birkler, at det er vigtigt, at mennesket tager ved lære af egne erfaringer og konsekvenserne for derigennem at forme sin etik og dermed sine sædvaner (Birkler, 2006). De to modsatrettede etiske perspektiver, pligtetikken og nytteetikken anvendes for at få en forståelse for, om målsætningen om at få de sygemeldte HTTA er etisk korrekt idet de sygemeldtes behov heri ikke tilgodeses.

Sundhedscenter Vejle er blevet pålagt at udforme et tilbud, der formår at få de sygemeldte HTTA. Set ud fra et nytteetisk perspektiv vil målsætningens konsekvenser skulle afvejes. Den nytteetiske tankegang kan forstås som, at målet helliger midlet, hvorved mennesker kan bruges som et middel i en konkret situation, så længe det tjener et højere formål. Det handler derfor overordnet om at skabe størst mulig nytte (lykke) for flest mulige mennesker, også selv om handlingen kan medføre alvorlige konsekvenser, så handlingen resulterer i bedre konsekvenser, end hvis der ikke handles (Birkler, 2006). Set ud fra et samfundsperspektiv vil det være nytteetisk at få de sygemeldte HTTA, da det vil få flere i arbejde hurtigt, hvilket vil spare samfundet penge. Ved at få flere HTTA vil det betyde, at det giver mest muligt lykke for hovedparten af de sygemeldte, men det kan være på bekostning af få sygemeldtes lykke, hvilket ifølge nytteetikken er acceptabelt. Modsat hvis det at komme HTTA er forbundet

med, at de sygemeldte ikke føler sig raske nok til at være tilbage, vil det medføre mindre lykke og vil dermed ikke være i overensstemmelse med nytteetikken.

Pligtetikken ses ud fra motivet bag handlingen, og ikke ud fra handlingens konsekvenser. Pligtetikken omhandler, hvorvidt den specifikke handling er mere eller mindre etisk korrekt, hvorfor det kun er intentionen og dermed sindelaget, der får betydning for handlingen. Mennesket skal anses som et mål og ikke et middel (Birkler, 2006). Hvis målsætningen holdes op imod et pligtetisk perspektiv, vil det være etisk korrekt, at sundhedscentret følger de retningslinjer, de er blevet pålagt. Konsekvenserne i denne sammenhæng kan være, at de sygemeldtes behov ikke tilgodeses.

Hvis det kommende tilbud ikke kun vil have fokus på målsætningen om at få deltagerne HTTA, men også vil tilgodese deltagerens behov, kan det ses ud fra et både nytteetisk og pligtetisk perspektiv. Ud fra et nytteetisk perspektiv skal der ikke blot tages hensyn til fagfolk og deres målsætning, men ligeledes medregnes alle de implicerede parter, hvis lykke kan påvirkes af situationen (Birkler, 2006). Det er derfor ifølge et nytteetisk perspektiv nødvendigt at tage højde for deltagerens behov, hvis det munder ud i, at deltagerne opnår mere lykke eller nytte, end hvis der ikke var fokus på deres behov.

Hvis det skal være muligt at inddrage borgerens behov i det kommende tilbud set ud fra et pligtetisk perspektiv, skal der vurderes på motivet bag handlingen (Birkler, 2006). Idet sundhedscentret til daglig har en målsætning om at tilgodese borgerens behov, kan det ligge dybt i deres håndtering af borgere, at det ikke vil kunne undgås, at det kommende tilbud ligeledes vil tage højde herfor. På den måde vil det ifølge pligtetikken være mere etisk korrekt, hvis sundhedscentret følger dens intention og sindelaget om at tilgodese borgerens behov.

Det bliver påpeget, at det i den moralske praksis bør være mest hensigtsmæssigt at anvende en kobling af de to perspektiver. Det vil sige, at der bør handles moralsk ud fra både pligter og konsekvenser (Birkler, 2006). Det bør derfor vurderes, om det vil være muligt at udforme et tilbud, der imødekommer målsætningen samt borgerens behov.

9.2.10 Vurdering af resultater

I det følgende afsnit diskuteres og vurderes projektets resultater ift. intern og ekstern validitet samt reliabilitet.

Intern validitet

Litteraturstudiet

Udvælgelsen af litteraturen har betydning for, hvilket resultat projektet kommer frem til. Derfor kan det være problematisk, hvis relevante studier ikke er blevet fundet i den systematiske litteratursøgning. Det kan eksempelvis være sket pga. de opsatte inklusions- og eksklusionskriterier, for snævre eller brede søgetermer/mesh-termer eller ekskludering af studier på forkert grundlag. Der er ikke opstillet inklusions- og eksklusionskriterier i databasesøgningerne, først ved den efterfølgende udvælgelse. Det kan have været med til at sikre, at relevante studier ikke er blevet sorteret fra ved søgningen. Anvendelsen af begrebet *mentale helbredsproblemer* betyder, at der er studier, der omhandler en bredere målgruppe end projektets fokus. Ydermere har få inkluderede studier inddraget ledige og langtidssygemeldte, hvorfor målgruppen er blevet endnu bredere. Inklusionen af en bredere målgruppe kan have påvirket resultaterne og mindsket den interne validitet. Derudover kan afgrænsningen af de udvalgte databaser have betydning for, at relevante studier ikke er blevet fundet. På trods af dette er studier, der er fundet i den indledende søgning, ligeledes fundet i den systematiske søgning, hvorfor søgningen i høj grad vurderes at have afdækket problemfeltet.

Flere af studierne sammenligner minimum to indsatser, men det er ikke i alle tilfælde muligt at vide, hvad der ligger i sammenligningsgrundlaget, f.eks. "normalbehandling". Det kan derfor være vanskeligt at vurdere effekten af noget, hvor det ikke er muligt at vide, hvad der præcist sammenlignes med.

Interviewundersøgelse

I interviewundersøgelsen handler validitet om, i hvilket omfang dataindsamlingen og analysen undersøger det, som er projektets hensigt at undersøge (Launsø et al., 2011). Validiteten vedrører især de syv stadier og foregår ved løbende kvalitetskontrol af vidensproduktionen for at sikre, at det tilsigtede måles (Kvale & Brinkmann, 2009).

Dette er generelt fulgt, men den interne validitet kunne øges ved, hvis informanterne læste og kommenterede tolkningerne og vurderede, om de var enige heri. Derudover er informanterne mellem 45-57 år og dækker derved ikke målgruppens aldersspænd. Det er især den yngre gruppe, der ikke er repræsenteret i undersøgelsen. Det kan derfor ikke udelukkes, at andre holdninger, opfattelser og forståelser vil være forekommet, hvis informanterne havde været mere lig målgruppen.

Spørgsmålene omkring SOC kan siges at have været mangelfulde, idet der kun er anvendt ét til to spørgsmål til at belyse hvert begreb. Det betyder, at der har været sparsom information til at vurdere en eventuel udvikling af SOC, hvorfor der i mindre grad kan siges noget reelt omkring udviklingen af SOC hos informanterne. Det kan overvejes, om spørgeskemaet, der udarbejdes til at måle SOC, kunne være anvendt (Antonovsky, 2000). For at få det optimale ud af spørgeskemaet skulle det være anvendt før deltagelsen på kurset og efter, hvilket ikke var muligt. Den sparsomme viden om udviklingen af SOC er med til at mindske den interne validitet.

Reliabilitet

Litteraturstudiet

Litteraturstudiets søgestrategi og udvælgelsesproces vurderes ud fra resultaternes reproducerbarhed. Søgestrategien er grundig beskrevet, hvorfor det vurderes, at det er muligt at finde samme resultater igen. På den anden side er der mere usikkerhed ved udvælgelsesprocessen, da den bygger på subjektive vurderinger, læsefærdigheder, evner og forforståelser, som har indflydelse på udvælgelsen. Samtidig er der flere personer om udvælgelsen og dermed forskellige subjektive vurderinger inde over, hvorved der kan være sket fejlvurderinger. På trods af opstillede inklusions- og eksklusionskriterier kan gruppemedlemmernes subjektive vurderinger have mindsket reliabiliteten (Juil, 2012).

Interviewundersøgelse

En interviewundersøgelse kan sjældent reproduceres, og der tages i stedet afsæt i interviewundersøgelsens transparens, som omhandler interviewundersøgelsens gennemsigtighed (Tanggaard & Brinkmann, 2012). Interviewundersøgelsens metodetilgang, udvælgelse og anvendelsen af analyseredskabet samt analysen af data er beskrevet detaljeret. Selve interviewsituationen og omgivelserne for interviewet er ligeledes beskrevet, hvilket tilsammen øger transparensen. Derudover er informanterne beskrevet ud fra de opstillede inklusionskriterier, men en grundigere baggrundsviden om informanterne kunne øge transparensen. Generelt er interviewundersøgelsens analytiske kriterier gennemsigtige, hvilket gør kriterierne samt anvendelserne heraf mere troværdige (Tanggaard & Brinkmann, 2012).

Ekstern validitet

Litteraturstudiet

De udvalgte studier omfatter fem studier fra Danmark, fem fra Sverige og to review fra forskellige vestlige lande. Kulturelt og demografisk minder disse lande om danske forhold. I og

med der kun er studier fra vestlige lande, øges resultaternes overførbarehed. Det ville dog være optimalt, hvis samtlige studier var foretaget under danske forhold, da landenes forskellige lovgivninger omkring bl.a. sygedagpengeregler kan påvirke studierne resultater. Eksempelvis kan et økonomisk pres på den sygemeldte påvirke holdninger og opfattelser til et tilbud og være anderledes, end hvis der var større økonomisk sikkerhed. Der kan opstå problemer i overførbareheden ved, at de fundne elementer kan have en anden betydning for sygemeldte i andre lande. Eksempelvis kan andre lande have ansættelsesforhold, der er forskellige fra de danske. Det kan betyde, at inddragelse af kontakt til arbejdspladsen i et tilbud kan få en anden effekt på at vende TTA end under danske forhold.

Derudover er der valgt at inddrage studier, der ikke har målt specifikt på elementer ift. at komme TTA, hvor effekten i stedet er vurderet ud fra studiets samlede resultat. I den forbindelse er der studier, hvori der ikke er målt på langtidseffekten af behandlingen, hvorfor virkningen kan være midlertidig (Netterstrøm et al., 2013). Det kan derfor være vanskeligt at vurdere, om litteraturstudiets resultater direkte kan overføres til projektets målgruppe, hvorfor den eksterne validitet kan være mindsket.

Interviewundersøgelse

Interviewundersøgelsen omfatter interviews med informanter fra Vejle Kommune, som er stress- og depressionsramte, hvorfor det vurderes, at resultaterne i høj grad kan overføres til målgruppen, med det in mente, at de har deltaget på et kursus, der ikke har samme formål som det kommende tilbud.

Samlet vurdering

På baggrund af ovenstående diskussion og gennemgang af resultaterne fra det systematiske litteraturstudie samt interviewundersøgelsen vurderes de samlede resultater kvalitetsmæssigt at kunne besvare nærværende projekts problemformulering.

9.2.11 Generalisering af resultater

Ved generalisering eller ekstern validitet menes dens gyldighed ud over den konkrete målpopulation (Juil, 2012). Følgende afsnit er en diskussion af, om det er muligt at generalisere projektets resultater til andre kommuner i Danmark udover Vejle Kommune. For i større grad at kunne generalisere viden bør metoden for interviewundersøgelsen være transparent, hvilket ovenstående vurdering af resultater vurderer, at interviewundersøgelsen er. Ved at nærværende projekt bygger på ét casestudie og herunder én metode i form af interviews kan som tidligere nævnt mindske validiteten. Men ved inddragelse af et systematisk litteraturstudie er det

med til at højne resultaternes validitet. Da nærværende projekt tager udgangspunkt i et case-studie, vil det give nogle forhold, der er specifikke for nærværende undersøgelse, som skal være gældende for, at kunne generalisere viden til lignende cases, herunder andre kommuner. Forholdene omkring Vejle Kommunes kulturelle og miljømæssige faktorer kan være anderledes i andre dele af landet, ligesom håndtering af sygemeldte kan være anderledes i andre kommuner. På den anden side vil nationale regler og krav i form af lovgivningen vedrørende sygemelding være gældende for hele landet. Dette kan bl.a. være forhold, der påvirker de sygemeldte, f.eks. sygedagpenge, forventning fra samfundet om at vende TTA, kontakten til kommunen osv., som vil være ens for alle (Sundhed.dk, 2015b). Ydermere vurderes det, at sygemeldte med stress og depression generelt er sammenlignelige på tværs af kommuner. Selvom interviewundersøgelsen er med til at sætte rammer for generaliseringen, vil inddragelsen af litteraturstudiet være med til at sikre større generaliserbarhed. Dette sker ved, at undersøgelserne i studierne er foretaget både i Danmark, men også i udlandet.

Det kan overvejes, om resultaterne kan generaliseres endnu bredere til f.eks. skandinaviske lande. Igen vil forskellige forhold være gældende. Lovgivningen vil være anderledes, hvilket kulturen og de miljømæssige forhold såsom omgivelser, der indbyder til aktiviteter, også kan være. Ydermere kan det tænkes, at konjunkturer vil have betydning for, hvorvidt resultaterne kan generaliseres. På den anden side vil stress- og depressionsramtes tilstande være de samme som ved generalisering til Danmark. Ellers kan det forventes, at andre lande ligesom Danmark, har en forventning om, at sygemeldte kommer TTA, hvorfor det vil være de samme rammer for de sygemeldte trods forskellige lovgivninger.

Samlet må det vurderes, at så længe der tages højde for de rammer og forhold, der gør sig gældende for nærværende projekts resultater, vil det være muligt at generalisere resultaterne til andre kommuner samt udlandet.

10 Guidelines

I følgende afsnit præsenteres guidelines til det kommende tilbud for sygemeldte med stress og depression i Vejle Kommune. Guidelines er udviklet på baggrund af projektets resultater, analyse og diskussion. En tabel over guidelines med eksempler på løsningsforslag er vedlagt som bilag 8.

Faglige elementer

Det kan være en fordel at inddrage et begrænset antal emner i tilbuddet, således deltagerne føler, at de kommer i dybden med de givne redskaber. Ved at sikre at deltagerne kommer i dybden med færre emner, kan det være med til at fremme forståelsen for egen tilstand. Yderligere kan det overvejes at kombinere nogle af de faglige elementer, f.eks. gåture kombineret med mindfulness.

Fysisk aktivitet og øvelser til selvhjælp

Selvhjælpsøvelser, der bør indgå i tilbuddet, er mindfulness, meditation samt redskaber til at håndtere hverdagens aktiviteter. Ydermere bør gåture inddrages og andre former for fysisk aktivitet overvejes, herunder aerob træning og styrketræning.

Undervisning

I undervisningen bør en form for psykoterapi inddrages. Psykoterapien behøver ikke at være individuel, men kan ligeledes foregå i grupper. Yderligere bør der være undervisning, der indeholder generel viden om stress og depression og som skaber større forståelse hos den sygemeldte omkring egen tilstand. Ligeledes kan inddragelse af pårørende være en fordel i udvalgte undervisningsgange, da det kan give dem en større forståelse for den sygemeldtes situation.

Andre elementer

Af andre elementer bør der, gennem tilbuddet, være fokus på relationer til arbejdspladsen, pårørende og andre i en lignende situation. Endvidere bør der være fokus på tidsaspektet ift. tidlig opstart og opfølgning efter tilbuddets afslutning.

Relationer

Det vil være en fordel at inddrage kontakt til arbejdspladsen, da det kan have positiv indflydelse på den sygemeldtes tilstand og sygefraværsvarighed. Hvis ikke den sygemeldte selv skaber og holder kontakten til arbejdspladsen, bør de fagfolk, der er knyttet til den sygemeld-

te, hjælpe med at skabe eller eventuelt forbedre kontakten. Kontakten kan være med til at sikre, at arbejdsgiveren får en forståelse for den sygemeldtes situation, der eksempelvis kan medvirke til, at samarbejdet mellem de to parter bliver nemmere ift. justering af arbejdsopgaver, arbejdstider etc. Desuden kan kontakten til arbejdsgiver give støtte ift. den sygemeldtes situation, og derigennem kan den sygemeldte og arbejdsgiveren forventningsafstemme den sygemeldtes fremtid på arbejdspladsen.

Inddragelsen af pårørende ved udvalgte undervisningsgange kan være medvirkende til, at den sygemeldte opnår mere støtte herfra. Ydermere kan den sygemeldte drage nytte af gruppedynamikken på holdet, da det kan være en støttende faktor for den enkelte.

Tidsaspektet

Tilbuddet bør have fokus på, at den sygemeldte starter på forløbet så tidligt som muligt, derfor er løbende optag en fordel. Modsat kan løbende optag få konsekvenser for gruppedynamikken på holdet. Derudover bør der, i den indledende samtale, tages stilling til, om den sygemeldte psykisk er klar til at deltage i et forløb, der har til hensigt at få denne tilbage til arbejde. I den forbindelse vurderes sygemeldte med stress og mild depression i højere grad at være klar til at komme tilbage til arbejde, i modsætning til moderat til svært deprimerede. For at undgå gensygemelding og sikre at den sygemeldte får en optimal start på arbejdet igen, kan der indføres opfølgninger efter endt forløb.

11 Konklusion

Nærværende projekts overordnede problemformulering omhandler, hvordan et tilbud til sygemeldte med stress og depression kan udvikles, der formår at få dem HTTA. Til at besvare den overordnede problemformulering er der udarbejdet tre underspørgsmål.

Det første underspørgsmål omhandler, hvilke faglige elementer tilbuddet bør indeholde for at få de sygemeldte TTA. Det konkluderes, at selvhjælpsøvelser, såsom mindfulness og meditation har en positiv effekt for tilbagevenden til arbejde, og fysisk aktivitet vurderes at have en positiv indflydelse på de sygemeldtes tilstand. Derudover vurderes flere former for psykoterapi at have positiv indvirkning på de sygemeldte, ligesom psykoterapi er med til at afkorte varigheden af sygefraværet. Hverken type af psykoterapi eller om psykoterapi udføres i grupper eller individuelt, vurderes at have en afgørende betydning. Endvidere vurderes undervisning og øvelser, der har fokus på hverdagens aktiviteter, at give de sygemeldte redskaber til at håndtere dagligdagen. Ydermere vurderes det, at inddragelse af pårørende i udvalgte undervisningsgange kan være en fordel med henblik på, at de pårørende får skabt en større forståelse for de sygemeldtes situation.

Anden del af problemformuleringen undersøger, hvilke andre elementer der bør inddrages for at få de sygemeldte TTA. Her konkluderes det, at en fælles afklaring mellem de sygemeldte og arbejdsgivere om tilbagevenden til arbejdet kan have en positiv effekt, som kan øge sandsynligheden for, at de sygemeldte vender tilbage. Samlet vurderes støtte fra arbejdsgiver, kollegaer, pårørende og personer i en lignende situation at have positiv indflydelse på de sygemeldtes tilstand og vejen TTA. Det vurderes, at et gruppeforløb kan bidrage til, at deltagerne opnår støtte fra hinanden, som kan skabe en positiv gruppedynamik. Det bør overvejes, om målgruppen skal afgrænses til at omhandle sygemeldte med stress og mild depression, da de i højere grad vurderes at være parate til et forløb, der har til formål at få dem TTA, sammenlignet med sygemeldte med moderat til svær depression. Målgruppen vil derved blive mere homogen, som kan medføre en bedre sparring og erfaringsdeling deltagerne imellem. Ventetiden før start på tilbuddet bør minimeres, da det kan have betydning for sygefraværsvarigheden. Et løbende optag på tilbuddet kan være u hensigtsmæssigt, hvis det bliver på bekostning af gruppedynamikken. Yderligere vurderes opfølgning at have betydning ift. bæredygtigheden af at vende TTA.

Projektets tredje underspørgsmål omhandler, hvordan eller hvorvidt de sygemeldte kan opnå en større grad af Sense of Coherence ud fra de fundne elementer. Det konkluderes, at de

fundne elementer kan være medvirkende til, at de sygemeldte på sigt fremmer oplevelsen af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed og dermed kan være årsag til en udvikling af SOC. Ifølge Antonovsky forekommer store ændringer SOC ikke over en kort tidsperiode, hvorfor det konkluderes, at der gennem et tilbud kan opnås redskaber, som fremadrettet kan være medvirkende til at fremme de sygemeldtes SOC.

De tre underspørgsmål danner grundlag for besvarelsen af problemformuleringens overordnede spørgsmål. Det kommende tilbud i Sundhedscenter Vejle bør derfor anvende og håndtere ovenstående elementer, som samlet kan medvirke til, at de sygemeldtes tilstand forbedres og vender TTA. Ved at de sygemeldte opnår anvendelige redskaber samt forbedrer egen tilstand, kan den enkelte på sigt fremme egen SOC.

Endvidere kan det konkluderes, at det er mere hensigtsmæssigt at have fokus på, at de sygemeldte vender TTA frem for, at de sygemeldte vender HTTA. På den baggrund bør Sundhedscenter Vejle acceptere, at processen kan tage længere tid, da de sygemeldtes behov bør tilgodeses. Ved at tilgodeses de sygemeldtes behov øges sandsynligheden for, at de sygemeldtes tilbagevenden til arbejde bliver bæredygtig. Det er med en bevidsthed om, at Sundhedscenter Vejle muligvis hverken har beføjelser til at ændre deres målsætning eller mulighed for at acceptere en eventuel længere proces.

12 Perspektivering

De udarbejdede guidelines er ikke ensbetydende med, at det kommende tilbud opnår et vellykket resultat. Her vil selve implementeringen i Sundhedscenter Vejle få en afgørende betydning for, om tilbuddet formår at få de sygemeldte TTA. Når der arbejdes med organisatoriske forandringer, kan der opleves barrierer og modstand (Bakka & Fivelsdal, 2014). Derfor kan der i samarbejdet mellem sundhedscentret og jobcentret opstå organisatoriske problemstillinger ved implementeringen af det kommende tilbud. Grunden til dette er, at sundhedscentret og jobcentret er to forskellige organisationer med to forskellige kulturer (Kommuner-nes Landsforening, 2011). Ifølge den amerikanske professor Edgar Schein kan forandringer i organisationen ikke gennemføres uden, at der tages højde for kulturen, da det kan være den primære kilde til modstand mod forandring (Bakka & Fivelsdal, 2014). For at sundhedscentret og jobcentret kan indgå i et samarbejde, skal de dermed have en forståelse for hinandens kulturer for at forhindre mulige barrierer i implementeringsprocessen af det kommende tilbud.

Med udgangspunkt i Scheins functionalistiske syn på organisationskulturen tages der afsæt i, hvordan sundhedscentret og jobcentret ud fra *artefakter, skueværdier og grundlæggende antagelser* kan indgå i et optimalt samarbejde. Jobcentret og sundhedscentret er, som tidligere nævnt, politisk pålagt at opnå målsætningen om at få sygemeldte HTTA. Denne tilgang kan skabe udfordringer for sundhedscentret, der har et helhedsorienteret syn på mennesket. Den pålagte målsætning og kravet om et samarbejde er med til at ændre i artefakterne, hvilket kan påvirke både skueværdierne og de grundlæggende antagelser. Der er derfor tale om et samspil mellem de tre kulturniveauer (Bakka & Fivelsdal, 2014). Artefakter, omhandler de konstruerede fysiske og sociale omgivelser (Schein, 1994), som er nedskrevne procedurer og synlige for omverdenen (Bakka & Fivelsdal, 2014), såsom strukturer og processer samt sprog og kommunikation. For at kunne indgå et samarbejde bør sundhedscentret og jobcentret sammen fastlægge en samarbejdsstruktur. Selvom begge organisationer antager, de er nået frem til enighed, kan der f.eks. opstå sproglige misforståelser. Sproget inden for de to organisationer indeholder forskellige forforståelser omkring aftaler og kan få forskellige betydninger vedrørende det kommende tilbuds forløb (Kommuner-nes Landsforening, 2011). Kommunikationen er derfor essentiel at have i fokus i samarbejdet. For at forstå hinanden og kunne samarbejde skal der ses dybere ned i kulturlagene.

Skueværdierne er de værdier og normer, en organisation har, såsom strategier og mål (Schein, 1994). I samarbejdet mellem sundhedscentret og jobcentret bør de have den samme målsætning, men det er ikke sikkert, at sundhedscentret kan ændre deres værdier om en helhedsorienteret tilgang (Region Syddanmark, 2014). I og med værdier ikke altid er synlige, bør sundhedscentret og jobcentret forventningsafstemme, hvad de lægger vægt på i deres samarbejde, herunder bl.a. fælles kriterier for identifikation af borgerne i målgruppen. Hvis samarbejdet skal fungere, skal sundhedscentret og jobcentret nå til enighed om fælles normer og værdier. Yderligere skal der tages højde for de grundlæggende antagelser, før samarbejdet kan fungere, ellers vil forandringen og dermed implementeringen af det kommende tilbud mislykkes. Grundlæggende antagelser er det dybeste kulturlag, som er det ikke observerbare og dermed den usynlige del af kulturen. De grundlæggende antagelser ligger implicit i organisationen og er styrende for aktørenes adfærd, herunder opfattelse og følelser (Schein, 1994). For at kunne opnå et samarbejde organisationerne imellem skal aktørerne i organisationerne få en forståelse og accept for, hvorfor dette samarbejde skal indgås.

For at kunne indgå i et samarbejde er det vigtig, at der udarbejdes en struktur, som viser gennemsigtighed af, hvad der skal ske gennem hele forløbet, for at alle har forståelse og derved kan nå frem til deres fælles interessemål (Kommunernes Landsforening, 2011). Dette kan gøres ved at synliggøre værdierne overfor hinanden, hvorved det kan blive nemmere at forstå de enkelte dele af processen. De grundlæggende antagelser er organisationskulturens fundament, og når de er skabt, kan de være komplekse at ændre (Bakka & Fivelsdal, 2014). Så hvis de to organisationer skal være i stand til at samarbejde og dermed foretage ændringer i måden at udføre opgaver på, er det nødvendigt, at der i hver organisation skabes en forståelse for denne tilpasning. Perspektivering indikerer, at på trods af de opsatte guidelines er det ikke sikkert, at tilbuddet formår at få den sygemeldte HTTA. Der vil være flere faktorer, der spiller ind i denne proces, og en del af denne er implementeringen. I det kommende tilbud bør kommunen være opmærksom på processen og forsøge at skabe en fælles kultur mellem de to organisationer for at sikre en vellykket forandring.

13 Referenceliste

- Almeida, J., Subramanian, S. V., Kawachi, I. & Molnar, B. E. (2011). *Is blood thicker than water? social support, depression and the modifying role of ethnicity/nativity status*. Journal of Epidemiology and Community Health, 65(1), 51-51-6.
- American Psychiatric Association. *Dsm*. Retrieved 17.05, 2015, from <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>
- Andersen, M. F. & Brinkmann, S. (2014). Nye perspektiver på stress i arbejdslivet. In M. F. Andersen. & S. Brinkmann (Eds.), *Nye perspektiver på stress* (pp. 7-22).
- Andersen, M. F., Nielsen, K. & Brinkmann, S. (2014). *How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study*. Journal of Occupational Rehabilitation, 24(4), 709-709-24.
- Andersson, I. (2006). *Epidemiologi for sundhedspersonale: En introduktion*. Kbh.: Gad.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
- Arends, I., Bruinvels, D. J., Rebergen, D. S., Nieuwenhuijsen, K., Madan, I., Neumeyer-Gromen, A., et al. (2012). *Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 12, 6389.
- Arends, I., van der Klink, J. J. L., van Rhenen, W., de Boer, M. R. & Bültmann, U. (2014). *Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: Results of a cluster-randomised controlled trial*. Occupational and Environmental Medicine, 71(1), 21-21-9.
- Bakka, J. F. & Fivelsdal, E. (2014). *Organisationsteori : Struktur, kultur, processer* (6th ed.). Kbh.: Handelshøjskolens Forlag.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, 84(2), 191-215.
- Bech, P. (2010). *Depression*. Retrieved 12.02, 2015, from <http://www.patientvejledningen.dk/vejledning/psykiskelidelser/depression/>
- Beskæftigelsesministeriet. (a). *Den danske model*. Retrieved 27.02, 2015, from <http://bm.dk/Beskaeftigelsesomraadet/Arbejdsret/Det%20arbejdsretlige%20omraade/De%20danske%20model.aspx>
- Beskæftigelsesministeriet. (b). *Hovedelementerne i sygedagpengereformen*. Retrieved 06.02, 2015, from <http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Et%20godt%20arbejdsliv/Sygedagpengereform/Hovedelementerne-i-sygedagpengereformen.aspx>

- Beskæftigelsesministeriet. (c). *Konjunktur og arbejdsmarked*. Retrieved 25.02., 2015, from http://bm.dk/upload/BEM/Files/Dokumenter/Tal%20og%20tendenser/Konjunktur%20og%20arbejdsmarked/2013/Konjunktur_og_arbejdsmarked_uge_7_2013.pdf
- Beskæftigelsesministeriet. (d). *Nøgletal uge 4*. Retrieved 06.02, 2015, from <http://bm.dk/da/Tal%20og%20tendenser/Noegletal.aspx>
- Beskæftigelsesministeriet. (2008). *Analyse af sygefraværet*. Kbh.: Beskæftigelsesministeriet.
- Birkler, J. (2005). *Videnskabsteori: En grundbog*. Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Birkler, J. (2006). *Etik i sundhedsvæsenet*. Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J. & Macdonald, E. (2008). *A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(1), 27-34.
- Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E. & Houtman, I. L. D. (2006). *Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed*. *Work & Stress*, April / June 2006; 20(2), 129.
- Borg, V., Andersen Nexø, M., Kolte, I. V. & Friis Andersen, M. (2010). *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*. Kbh.: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Brinkmann, S. (2010). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (pp. 429-446). Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
- Brouwers, E. P. M., Terluin, B., Tiemens, B. G. & Verhaak, P. F. M. (2009). *Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 323-323-32.
- CASP. (2013a). *10 questions to help you make sense of qualitative research*. Retrieved 02.04, 2015, from http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf
- CASP. (2013b). *11 questions to help you make sense of a trial*. Retrieved 02.04, 2015, from http://media.wix.com/ugd/dded87_40b9ff0bf53840478331915a8ed8b2fb.pdf
- Cornelius, L. R., van der Klink, J. J. L., Groothoff, J. W. & Brouwer, S. (2011). *Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: A systematic review*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 259-259-74.
- COWI. (2012). *Kortlægning af udvalgte kommunale og regionale indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom*. COWI og Sundhedsstyrelsen.
- Dahl Nielsen, M. B. & Aust, B. (2013). *Erfaringer fra det store TTA-projekt*. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 15(2), 58-64.

- Danmarks Evalueringsinstitut. (2013). *6 gode råd om pilottests af spørgeskemaer*. Retrieved 17.04, 2015, from <http://www.eva.dk/e-magasinet-evaluering/2013/evaluering-december-2013/6-gode-rad-om-pilottests-af-sporgeskemaer>
- Depressionsforeningen. (2009). *Hvad er en depression*. Retrieved 06.02, 2015, from <http://depressionsforeningen.dk/hvad-er-en-depression/>
- DISCUS. (2014). *Slutevaluering. KVIS forsøgsprogrammet koordineret virksomhedsrettet indsats for sygedagpengemodtagere kategori 2*. DISCUS.
- Ecke, M. B. (Februar - April 2015). *Personlig eller skriftlig kommunikation med sygeplejerske og koordinator for kurset stress- og depression* Mette Bergsøe Ecke, sundhedsafdelingen - sundhedscenter patientrettet velfærd vejle kommune.
- Eklund, M. & Erlandsson, L. K. (2011). *Return to work outcomes of the redesigning daily occupations (ReDO) program for women with stress-related disorders--a comparative study*. *Women & Health*, 51(7), 676-692.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). *Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review*.
- Folker, A. P. & Sindballe, A. (2012). *Forebyggelsespakke – mental sundhed*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N. & Crisp, J. (2013). *Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress*. *Contemporary nurse*, 45(1), 114-125.
- Fuglsang, L. & Bitsch Olsen, P. (2013). In Rasborg K. (Ed.), *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne : På tværs af fagkulturer og paradigmer* (3rd ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Gerlach, J. (2006). *Depression : Symptomer, årsager og behandling* (1st ed.). Kbh.: PsykiatriFonden.
- Härenstam, A., & Bejerot, E. (2011). *Combining professional work with family responsibilities – a burden or a blessing?* *International Journal of Social Welfare*, 10(3), 202-202-214.
- Hellman, T., Jonsson, H., Johansson, U. & Tham, K. (2013). *Connecting rehabilitation and everyday life--the lived experiences among women with stress-related ill health*. *Disability and Rehabilitation*, 35(21), 1790-1790-7.
- Høgelund, J. (2012). *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte: En litteraturoversigt*. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

- Holmgren, K. & Ivanoff, S. D. (2004). *Women on sickness absence—views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study*. *Disabil Rehabil*, 26(4), 213-222.
- Hyldig, J. (2008). *Sundhedsfremme og forebyggelse - en teoretisk bog til det praktiske arbejde* (1st ed.) Munksgaard Danmark.
- Illemann Christensen, A., Davidensen, M., Ekholm, O., Pedersen, P. V. & Juel, K. (2014). *Danskernes sundhed - den nationale sundhedsprofil 2013*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.
- Jansen, N. W., Kant, I. J., van Amelsvoort, L. G., Kristensen, T. S., Swaen, G. M. & Nijhuis, F. J. (2006). *Work-family conflict as a risk factor for sickness absence*. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(7), 488-494.
- Janssen, N., van den Heuvel, W. P. M., Beurskens, A. J. H. M., Nijhuis, F. J. N., Schröer, C. A. P. & van Eijk, J. T. M. (2003). *The demand-control-support model as a predictor of return to work*. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(1), 1-1-9.
- Jensen, T. K. & Johnsen, T. J. (2000). *Sundhedsfremme i teori og praksis : En lære-, debat- og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser* (2nd ed.). Århus: Philosophia.
- Jørgensen, T., Christensen, E. & Kampmann, J. P. (2013). *Klinisk forskningsmetode: En grundbog* (3.th ed.). Kbh.: Nota.
- Juul, S. (2012). *Epidemiologi og evidens* (2nd ed.). Kbh.: Munksgaard.
- Kommunernes Landsforening. (2011). *Samarbejde om sundhedsindsatser for sygedagpengemodtagere*. Kommunernes Landsforening.
- Kopp, M. S., Thege, B. K., Balog, P., Stauder, A., Salavecz, G., Rózsa, S., et al. (2010). *Measures of stress in epidemiological research*. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(2), 211-211-25.
- Krause, N., Dasinger, L. K., Deegan, L. J., Rudolph, L. & Brand, R. J. (2001). *Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: A disability phase-specific analysis*. *American Journal of Industrial Medicine*, 40(4), 374-374-92.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduktion til et håndværk* (2nd ed.). Kbh.: Hans Reitzel.
- Launsø, L., Rieper, O. & Olsen, L. (2011). *Forskning om og med mennesker : Forskningsstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* (6th ed.). Kbh.: Nyt Nordisk Forlag.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1992). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lidwall, U., Marklund, S. & Voss, M. (2010). *Work-family interference and long-term sickness absence: A longitudinal cohort study*. *European Journal of Public Health*, 20(6), 676-676-81.

- Lund, T., Kivimäki, M., Labriola, M., Villadsen, E. & Christensen, K. B. (2008). *Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: The prospective DREAM study of danish private sector employees*. Occupational and Environmental Medicine, 65(1), 28-28-31.
- Martin, M. H., Nielsen, M. B., Madsen, I. E., Petersen, S. M., Lange, T. & Rugulies, R. (2013). *Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems*. Journal of Occupational Rehabilitation, 23(4), 621-630.
- Martinsen, B. & Norlyk, A. (2011). *Tre kvalitative forskningstilgange*. Sygeplejersken, (12), 64-68.
- Mindful Living Programs. *What is mindfulness-based stress reduction?* Retrieved 05.05., 2015, from <http://www.mindfullivingprograms.com/whatMBSR.php>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. *PRISMA 2009 checklist*. Retrieved 02.04, 2015, from <http://www.prismastatement.org/2.1.2%20%20PRISMA%202009%20Checklist.pdf>
- Møhl, B. *Hvad er psykoterapi?* Retrieved 26.04, 2015, from <http://www.psykiatrifonden.dk/guides/behandling/hvad-er-psykoterapi.aspx>
- Munch Kristiansen, H., Buus, N., Tingleff, E. B. & Blach Rossen, C. (2008). *Litteratursøgning i praksis: Begreber, strategier og modeller*. Sygeplejersken, 108(10, Tillæg), 2-8.
- Netterstrøm, B., Bech, P. & Eller, N., H. (2007). *Erfaringer fra en stressklinik*. Ugeskrift for Læger, 169/2, 132.
- Netterstrøm, B., Friebel, L. & Ladegaard, Y. (2013). *Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: Results from a randomised, wait-list controlled trial*. Psychotherapy and Psychosomatics, 82(3), 177-186.
- Netterstrøm, B. (2007). Stress. In M. Kjølner, K. Juel & F. Kamper-Jørgensen (Eds.), *Folkesundhedsrapporten Danmark* (pp. 275-286). Kbh.: Statens Institut for Folkesundhed.
- Netterstrøm, B. (2014). *Stress og arbejde: Nyeste viden om årsager, konsekvenser, forebyggelse og behandling*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Nielsen, M. B., Bultmann, U., Madsen, I. E., Martin, M., Christensen, U., Diderichsen, F. et al. (2012). *Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems*. Disability and Rehabilitation, 34(15), 1311-1316.
- Nielsen, M. B., Madsen, I. E., Bultmann, U., Christensen, U., Diderichsen, F. & Rugulies, R. (2011). *Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health prob-*

- lems: Findings from a longitudinal study.* European Journal of Public Health, 21(6), 806-811.
- Nielsen, M. B. D., Rugulies, R., Hjortkjaer, C., Bültmann, U. & Christensen, U. (2013). *Healing a vulnerable self: Exploring return to work for women with mental health problems.* Qualitative Health Research, 23(3), 302-302-12.
- Nielsen, N. R., Kristensen, T. S., Schnohr, P. & Gronbaek, M. (2008). *Perceived stress and cause-specific mortality among men and women: Results from a prospective cohort study.* American Journal of Epidemiology, 168(5), 481-91; discussion 492-6.
- Nielsen, N. R. & Kristensen, T. S. (2007). *Stress i Danmark - hvad ved vi?.* Sundhedsstyrelsen.
- Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H. L., Verhoeven, A. C., et al. (2014). *Interventions to improve return to work in depressed people.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 12, CD006237-CD006237-.
- Nordenmark, M. (2002). *Multiple social roles — a resource or a burden: Is it possible for men and women to combine paid work with family life in a satisfactory way?* Gender Work and Organization, 9(2), 125-125 - 45.
- Norlund, S., Fjellman-Wiklund, A., Nordin, M., Stenlund, T. & Ahlgren, C. (2013). *Personal resources and support when regaining the ability to work: An interview study with exhaustion disorder patients.* Journal of Occupational Rehabilitation, 23(2), 270-279.
- Olsen, L. R., Mortensen, E. L. & Bech, P. (2004). *Prevalence of major depression and stress indicators in the danish general population.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 109(2), 96-103.
- Ordbogen. (a). *Den danske betydningsordbog.* Retrieved 24.02, 2015, from <http://www.ordbogen.com/opslag.php?word=mindfulness&dict=auto&wcl=1&wci=f8d4698e-94b5-4f3a-900e-366bac52c563#ddbo>
- Ordbogen. (b). *Politikens nudanske ordbog.* Retrieved 24.02, 2015, from <http://www.ordbogen.com/opslag.php?word=hvidbog&dict=auto#pndo>
- Pedersen, B. K. & Andersen, L. B. (2011). *Fysisk aktivitet : Håndbog om forebyggelse og behandling* (Version: 3.1, revideret ed.). Kbh.: Sundhedsstyrelsen.
- Petersen, T. L. (2011). *Sygemeldte med depression har større risiko for langvarigt sygefravær end sygemeldte med stress.* Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Regeringen (2008). *Sygefravær - en fælles udfordring: Regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet.* Kbh.: Beskæftigelsesministeriet.
- Region Syddanmark. (2014). *Sundhedsaftalen 2015-2018 – sundhedskoordinationsudvalget.* Region Syddanmark.

- Rienecker, L. & Stray Jørgensen, P. (2008). *Den gode opgave : Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* (3rd ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Rieper, O. & Hansen, H., F. (2007). *Metodedebatten om evidens*. Kbh.: AKF Forlaget.
- Rod, M. H. (2011). Stress. In R. Lund, U. Christensen & L. Iversen (Eds.), *Medicinsk sociologi : Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*. 2nd ed., pp. 292 sider, illustreret. Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Sandmark, H. (2007). *Work and family: Associations with long-term sick-listing in swedish women - a case-control study*. BMC Public Health, 7, 287.
- Schein, E. H. (1994). *Organisationskultur og ledelse* (2nd ed.). Kbh.: Valmuen.
- Shaw, L., Segal, R., Polatajko, H. & Harburn, K. (2002). *Understanding return to work behaviours: Promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work*. Disability and Rehabilitation, 24(4), 185-195.
- Stressforeningen. *Stress kan måles*. Retrieved 12.02, 2015, from <http://www.stressforeningen.dk/om-stress/fakta-om-stress/stress-kan-males>
- Stressforeningen. (2011). *Behandling*. Retrieved 27/03, 2015, from <http://www.stressforeningen.dk/behandling>
- STROBE Statement. *STROBE statement - checklist of items that should be included in reports of observational studies*. Retrieved 02.04, 2015, from http://stroke-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf
- Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. *Overgangsregler*. Retrieved 27.02, 2015, from <http://star.dk/da/Arbejdsmarkedspolitik/Sygedagpengereformen-2014/Overgangsregler.aspx>
- Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. (2014). *Sygedagpenge i form af antal personer, gnsn. varighed og fuldtidspersoner fra 2007 til 2014 for hele landet*. Retrieved 05.03, 2015, from <http://www.jobindsats.dk/sw173.asp>
- Sundhed.dk. (2012). *Depression*. Retrieved 12.02, 2015, from <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/depressioner/depression/>
- Sundhed.dk. (2015a). *Sygedagpengereform 2014 og 2015*. Retrieved 04.02, 2015, from <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/sygedagpenge/sygedagpengereform-2014-og-15/>
- Sundhed.dk. (2015b). *Sygemelding og sygedagpengeloven*. Retrieved 17.03, 2015, from <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/sygedagpenge/sygemelding-og-sygedagpengeloven/>

- Sundhedscenter Vejle. *Projektbeskrivelse: Håndtering af stress og depression - selvhjælp og livsmestring*. Retrieved 16.02, 2015, from Unpublished manuscript.
- Sundhedsstyrelsen. (2007a). *Langvarig stress akut viden og forslag til stress-forbyggelse - rådgivning til almen praksis*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2007b). *Referenceprogram for unipolar depression hos voksne*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2012). *Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge* (Version: 1,0 ed.) Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2015). *Fakta om fysisk aktivitet*. Retrieved 21.05, 2015, from <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/fysisk-aktivitet/fakta.aspx>
- Svensson, T., Mussener, U. & Alexanderson, K. (2006). *Pride, empowerment, and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees*. *Work* (Reading, Mass.), 27(1), 57-65.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2012). Kvalitet i kvalitative studier. In L. Tanggaard, & S. Brinkmann (Eds.), *Kvalitative metoder en grundbog* (1st ed., pp. 489). Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
- Tønnesen, H., Søndergaard, L., Jørgensen, T., Overgaard, D., Kristensen, I., Barfod, Sverre., et al. (2005). *Terminologi: Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.
- van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H. & van Dijk, F. J. (2003). *Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: A cluster randomised controlled design*. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(6), 429-437.
- van Oostrom, S. H., van Mechelen, W., Terluin, B., de Vet, H. C. W., Knol, D. L. & Anema, J. R. (2010). *A workplace intervention for sick-listed employees with distress: Results of a randomised controlled trial*. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(9), 596-596-602.
- Vejle Kommune. (2012). *Sundhedspolitik - visioner og rammer for forebyggelse og sundhedsfremme*, 4-15. Retrieved 10.03, 2015, from <http://www.vejle.dk/Borger/Sundhed-og-sygdom/Sider-der-linkes-til-for-hoejre-side-af-wwwvejledksundhed/Sundhedspolitik.aspx>
- Vejle Kommune. (2014). *Håndtering af stress og depression*. Retrieved 10.02, 2015, from <http://www.vejle.dk/Borger/Sundhed-og-sygdom/Alle-sundhedstilbud/Haandtering-af-stress-og-depression.aspx>
- Videnscenter for arbejdsmiljø. *Stress*. Retrieved 12.02, 2015, from <http://www.arbejdsmiljoviden.dk/Viden-om-arbejdsmiljoe/Stress>

- Wåhlin, C., Ekberg, K., Persson, J., Bernfort, L. & Oberg, B. (2012). *Association between clinical and work-related interventions and return-to-work for patients with musculo-skeletal or mental disorders*. Journal of Rehabilitation Medicine, 44(4), 355-355-62.
- Wästberg, B. A., Erlandsson, L. K. & Eklund, M. (2013). *Client perceptions of a work rehabilitation programme for women: The redesigning daily occupations (ReDO) project*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 20(2), 118-126.
- Winzor, G., Poulsen, O. M., Andersen, L., Andersen, M. F., Andersen, M. H., Aust, Birgit., et. al. (2012). *Det store TTA-projekt : Proces-, effekt- og økonomisk evaluering*. Kbh.: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- World Health Organization. (2012). *Depression*. Retrieved 26.03, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- World Health Organization. (2014). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Retrieved 26.04, 2015, from <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Yerxa, E. J. (1998). Health and the human spirit for occupation. The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 52(6), 412-418.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods*. second edition ed.. Sage Publications.
- Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. R. & van Poppel, M. N. (2005). *Return-to-work outcomes following work disability: Stakeholder motivations, interests and concerns*. Journal of Occupational Rehabilitation, 15(4), 543-556.
- Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Frederiksberg: Samfundslitteratur; Roskilde Universitetsforlag.

14 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Søgebilag

Bilag 2: Screenshots

Bilag 3: Informeret samtykke

Bilag 4: Interviewguide

Bilag 5: Retningslinjer for transskribering

Bilag 6: Kodning af interviews

Bilag 7: Dataanalyse

Bilag 8: Guidelines

Bilag 1: Søgebilag

Følgende forskningsspørgsmål er udformet ud fra relevante søgetermer fra den indledende søgning.

Forskningsspørgsmål

Hvilke elementer bør et tilbud til sygemeldte med stress og depression indeholde for at få dem tilbage til arbejde?

Anvendte søgetermer:

1. Patient (A): Stress
2. Patient (B): Depression
3. Patient (C): Mentale helbredsproblemer
4. Intervention: Rehabilitering, Sundhedstilbud
5. Outcome: Tilbage til arbejde

Patient (A)	Patient (B)	Patient (C)	Intervention	Outcome
PubMed Mesh-termer: <i>Stress, psychological</i> <i>Stress, Physiological</i>	PubMed Mesh-termer: <i>Depression</i> <i>Depressive disorder</i>	PubMed Mesh-termer: <i>Mental disorders</i> Fritekst-termer: <i>"Common mental disorder*"</i>	PubMed Mesh-termer: <i>Rehabilitation</i> <i>Health services</i> <i>Health Promotion</i> <i>Community health services</i> <i>Community mental health services</i> <i>Preventive health services</i>	PubMed Mesh-termer: <i>Return to Work</i>
PsykInfo Termfinder:	PsykInfo Termfinder:	PsykInfo Termfinder:	PsykInfo Termfinder:	PsykInfo Termfinder:

<i>Stress</i>	<i>Depression (emotion)</i>	<i>Mental disorders</i> Fritekst-termer: “Common mental disorder*”	<i>Rehabilitation</i> <i>Intervention</i> <i>Health promotion</i> <i>Community Services</i>	<i>Reemployment</i> Fritekst-termer: “Return to work”
Cinahl Headings: <i>Stress, psychological</i> <i>Stress, Occupational</i>	Cinahl Headings: <i>Depression</i>	Cinahl Headings: <i>Mental disorders</i> Fritekst-termer: “Common mental disorder*”	Cinahl Headings: <i>Rehabilitation</i> <i>Rehabilitation, Vocational</i> <i>Health services</i> <i>Health Promotion</i> <i>Community health services</i> <i>Community Mental health services</i> <i>Preventive health Care</i>	Cinahl Headings: <i>Job Re-Entry</i> Fritekst-termer: “Return to work”
Cochrane Mesh-termer: <i>Stress, psychological</i>	Cochrane Mesh-termer: <i>Depression</i>	Cochrane Mesh-termer: <i>Mental disorders</i> Fritekst-termer: “Common mental disorder*”	Cochrane Mesh-termer: <i>Rehabilitation</i> <i>Rehabilitation, Vocational</i> <i>Health services</i> <i>Health</i>	Cochrane Mesh-termer: “Return to work”

			<i>Promotion</i> <i>Community health services</i> <i>Community Mental health services</i> <i>Community health services</i>	
Sociological Abstract Thesaurus: <i>Psychological Stress</i> <i>Occupational Stress</i> <i>Stress</i>	Sociological Abstract Thesaurus: <i>Depression (Psychology)</i>	Sociological Abstract Thesaurus: <i>Mental Illness</i> Fritekst-termer: <i>"Common mental disorder*"</i>	Sociological Abstract Thesaurus: <i>Rehabilitation</i> <i>Vocational Rehabilitation</i> <i>Intervention</i> <i>Health promotion</i> <i>Community health services</i>	Sociological Abstract Fritekst-termer: <i>"Return to work"</i>

Valgte informationskilder

Database/Website	Begrundelse for valg af kilde
PubMed	Den er verden største database med alle typer litteratur, undtagen bøger, og dækker bl.a. det medicinske og sundhedsteknologiske område..
PsykInfo	Databasen indeholder mere end 2,5 millioner artikler, hvor størstedelen er engelsksproget. Den indeholder videnskabelig litteratur inden for psykologi og andre relaterede fagområder, som bl.a. medicin, sygeplejevidenskab og samfundsvidenskab.
Cinahl	Databasen indeholder sygeplejefaglige tidsskrifter og

	andre sundhedsfaglige tidsskrifter, herunder en del kvalitative studier. Litteraturen hovedsageligt er engelsksproget.
Cochrane	Databasen indeholder systematiske oversigtsartikler og dækker den del af sundhedsvidenskabelig litteratur, der omhandler effekten af diverse former for behandling og forebyggelse.
Sociological Abstract	Databasen indeholder international sociologisk litteratur, og hvad der er relateret hertil, som f.eks. socialpsykologi og socialantropologi. Den dækker bredt, bl.a. med tidsskrifter, bøger, kapitler i bøger og akademiske afhandlinger.
Google, Google scholar, Bibliotek.dk, Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, Statens Serum Institut, Danmarks Statistik, Beskæftigelsesministeriet	Disse har bidraget med litteratur til at danne overblik over emnet, suppleret den øvrige litteratur, fundet relevante hjemmeside samt givet information omkring nationale forhold og vigtige myndigheder i Danmark. Flere af aktørerne er medtaget fordi bibringer med nyt, relevant og pålidelige litteratur.

Resultat af søgning

Her præsenteres et skematisk overblik over resultatet af søgningerne, hvor de enkelte facetter er kombineret. Yderligere udvælgelse ses under metodeafsnittet i figur 4. Screenshot af de enkelte søgninger kan ses i bilag 2 for hver enkelt database.

Database Søgefacetter	PubMed	PsykInfo	Cinahl	Cochrane	Sociological Abstract
1 + 2 (A)	23	83	-	4	4
1 + 2 (B)	37	22	-	5	1
1 + 2 (C)	76	-	-	9	4
1 + 2 + 3 (A)	-	-	26	-	-
1 + 2 + 3 (B)	-	-	46	-	-
1 + 2 + 3 (C)	-	20	89	-	-

Kriterier for udvælgelse af relevant information

De ovenstående resultater er udvalgt ved gennemlæsning af titel og i nogle tilfælde abstract. Ved den efterfølgende udvælgelse af studierne har følgende kriterier været gældende:

- Inklusionskriterier:
 - Studier fra vestlige-lande
 - Voksne i den arbejdsdygtige alder mellem 18-65 år
 - Stressede
 - Let, moderat og svær depression
 - Mentale helbredsproblemer, med fokus på stress- og depressionsramte
 - Sygemeldte eller tidligere sygemeldte

Fokus på:

- elementer der gør sig gældende for at sygemeldte kommer TTA

- Eksklusionskriterier:
 - Børn og unge under 18 år
 - Pensionister, ledige, kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister
 - Andre sprog end dansk, engelsk, norsk og svensk
 - Sygemeldte med andre sygdomme, f.eks. en fysisk sygdom, personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og misbrug.

De opstillede kriterier er med til at afgrænse og finde relevante studier til besvarelsen af problemformuleringen.

Dato og identifikation

Søgningen er foretaget af Kirsten Kjeldager Øe, Lina Nørsgaard og Sofie Stefanie Devantie Hansen, studerende på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet.

Søgning blev afsluttet d. 17.03.2015

Bilag 2: Screenshots

Nedenstående er screenshots af søgningerne i de udvalgte databaser Pubmed, PsykInfo, Cinahl, Cochrane og Sociological Abstract. Søgehistorikken kan derved identificeres. De forskellige screenshots er alle inklusiv *intervention* og *outcome* i databaserne, men skifter mellem stress, depression og mentale helbredsproblemer i *patient* samt antallet af facetter.

PubMed

Søgning på stress med to facetter:

History [Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#19	Add	Search ("Stress, Physiological"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh]) AND "Return to Work"[Mesh]	23	06:45:08
#17	Add	Search reemployment	108	06:41:31
#16	Add	Search ("Mental Disorders"[Mesh] OR "common mental disorder"	962683	06:35:16
#15	Add	Search "Mental Disorders"[Mesh]	962601	06:35:02
#14	Add	Search "common mental disorder"	288	06:33:52
#12	Add	Search ("Rehabilitation"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh]) OR ("Health Services"[Mesh] OR "Preventive Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Health Services"[Mesh])	1655232	06:33:00
#8	Add	Search "Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh]	156164	06:22:17
#6	Add	Search "Return to Work"[Mesh]	546	06:21:01
#4	Add	Search "Stress, Physiological"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh]	230948	06:20:09

Søgning på depression med to facetter:

History [Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#22	Add	Search ("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh]) AND "Return to Work"[Mesh]	37	06:57:52
#21	Add	Search (((("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh])) AND "Return to Work"[Mesh]) AND (((("Rehabilitation"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh]) OR ("Health Services"[Mesh] OR "Preventive Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Health Services"[Mesh])	16	06:56:39
#20	Add	Search (((("Stress, Physiological"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh])) AND "Return to Work"[Mesh]) AND (((("Rehabilitation"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh]) OR ("Health Services"[Mesh] OR "Preventive Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Health Services"[Mesh])	10	06:49:32
#19	Add	Search ("Stress, Physiological"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh]) AND "Return to Work"[Mesh]	23	06:45:08
#17	Add	Search reemployment	108	06:41:31
#16	Add	Search ("Mental Disorders"[Mesh] OR "common mental disorder"	962683	06:35:16
#15	Add	Search "Mental Disorders"[Mesh]	962601	06:35:02
#14	Add	Search "common mental disorder"	288	06:33:52
#12	Add	Search ("Rehabilitation"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh]) OR ("Health Services"[Mesh] OR "Preventive Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Health Services"[Mesh])	1655232	06:33:00
#8	Add	Search "Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh]	156164	06:22:17
#6	Add	Search "Return to Work"[Mesh]	546	06:21:01
#4	Add	Search "Stress, Physiological"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh]	230948	06:20:09

Søgning på mentale helbredsproblemer med to facetter:

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#22	Add	Search (("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh])) AND "Return to Work"[Mesh]	37	06:57:52
#21	Add	Search (((("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh])) AND "Return to Work"[Mesh]) AND (((("Rehabilitation"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh]) OR ("Health Services"[Mesh] OR "Preventive Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Health Services"[Mesh])	16	06:56:39
#20	Add	Search (((("Stress, Physiological"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh])) AND "Return to Work"[Mesh]) AND (((("Rehabilitation"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh]) OR ("Health Services"[Mesh] OR "Preventive Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Health Services"[Mesh])	10	06:49:32
#19	Add	Search (("Stress, Physiological"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh])) AND "Return to Work"[Mesh]	23	06:45:08
#17	Add	Search reemployment	108	06:41:31
#16	Add	Search ("Mental Disorders"[Mesh] OR "common mental disorder"	962683	06:35:16
#15	Add	Search "Mental Disorders"[Mesh]	962601	06:35:02
#14	Add	Search "common mental disorder"	288	06:33:52
#12	Add	Search (("Rehabilitation"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh]) OR ("Health Services"[Mesh] OR "Preventive Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Health Services"[Mesh])	1655232	06:33:00
#8	Add	Search "Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh]	156164	06:22:17
#6	Add	Search "Return to Work"[Mesh]	546	06:21:01
#4	Add	Search "Stress, Physiological"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh]	230948	06:20:09

PsykInfo

Søgning på stress med 2 facetter:

Easy Search
Advanced Search
Citation Finder
Cited References
Recent Searches
My List

Combine Checked Searches AND OR NOT GO

Select All Clear All

#	Query	Databases	Results	Actions
1. <input type="checkbox"/>	((Any Field:("Return to work")) OR ((Index Terms: ("Reemployment")))) AND ((Index Terms:("Chronic Stress") OR Index Terms:("Environmental Stress") OR Index Terms:("Financial Strain") OR Index Terms:("Occupational Stress") OR Index Terms: ("Physiological Stress") OR Index Terms: ("Psychological Stress") OR Index Terms:("Social Stress") OR Index Terms:("Stress") OR Index Terms:("Stress Reactions"))))	PsycTESTS . PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO . PsycCRITIQUES	83	<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 2px;"> Run Save Delete </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 2px;"> Set Alert Get RSS Feed </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 2px;"> Get Permalink </div>

Søgning på depression med 2 facetter på depression:

Easy Search Advanced Search Citation Finder Cited References Recent Searches My List

Combine Checked Searches AND OR NOT **GO**

Select All Clear All

#	Query	Databases	Results	Actions
1. <input type="checkbox"/>	((Any Field:("Return to work")) OR ((Index Terms: ("Reemployment")))) AND ((Index Terms: ("Depression (Emotion)")))	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	22	Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink

Søgning på mentale helbredsproblemer med 3 facetter:

Easy Search Advanced Search Citation Finder Cited References Recent Searches My List

Combine Checked Searches AND OR NOT **GO**

Select All Clear All

#	Query	Databases	Results	Actions
1. <input type="checkbox"/>	((Any Field:("common mental disorder")) OR ((Index Terms:("Adjustment Disorders") OR Index Terms:("Affective Disorders") OR Index Terms:("Alexithymia") OR Index Terms:("Anxiety Disorders") OR Index Terms:("Autism") OR Index Terms:("Chronic Mental Illness") OR Index Terms:("Dementia") OR Index Terms:("Dissociative Disorders") OR Index Terms:("Eating Disorders") OR Index Terms:("Elective Mutism") OR Index Terms:("Factitious Disorders") OR Index Terms:("Gender Identity Disorder") OR Index Terms:("Hysteria") OR Index Terms:("Impulse Control Disorders") OR Index Terms:("Koro") OR Index Terms:("Mental Disorders") OR Index Terms:("Mental Disorders due to General Medical Conditions") OR Index Terms:("Neurosis") OR Index Terms:("Paraphilias") OR Index Terms:	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	20	Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink

Cinahl

Søgning på stress med 3 facetter:

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S15	S3 AND S12 AND S14	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (26) View Details Edit
S14	S11 OR S13	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (13,291) View Details Edit
S13	(MH "Job Re-Entry")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,900) View Details Edit
S12	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (269,106) View Details Edit
S11	"return to work"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (10,637) View Details Edit
S10	(MH "Preventive Health Care")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (9,736) View Details Edit
S9	(MH "Community Mental Health Services")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (7,971) View Details Edit
S8	(MH "Community Health Services")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (22,352) View Details Edit
S7	(MH "Health Promotion")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (66,771) View Details Edit
S6	(MH "Health Services")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (127,233) View Details Edit
S5	(MH "Rehabilitation, Vocational")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4,376) View Details Edit
S4	(MH "Rehabilitation")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (54,380) View Details Edit
S3	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (29,664) View Details Edit
S2	(MH "Stress, Occupational")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (10,168) View Details Edit
S1	(MH "Stress, Psychological")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (19,924) View Details Edit

Søgning på depression med 3 facetter:

Search Terms	Search Options	Actions
S12 AND S14 AND S17	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (46) View Details Edit
(MH "Depression")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (143,446) View Details Edit
S3 AND S14	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (140) View Details Edit
S3 AND S12 AND S14	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (26) View Details Edit
S11 OR S13	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (13,291) View Details Edit
(MH "Job Re-Entry")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,900) View Details Edit
S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (269,106) View Details Edit
"return to work"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (10,637) View Details Edit
(MH "Preventive Health Care")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (9,736) View Details Edit
(MH "Community Mental Health Services")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (7,971) View Details Edit
(MH "Community Health Services")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (22,352) View Details Edit
(MH "Health Promotion")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (66,771) View Details Edit
(MH "Health Services")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (127,233) View Details Edit
(MH "Rehabilitation, Vocational")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4,376) View Details Edit
(MH "Rehabilitation")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (54,380) View Details Edit

Søgning på mentale helbredsproblemer med 3 facetter:

Search Terms	Search Options	Actions
S12 AND S14 AND S22	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (89) View Details Edit
S20 OR S21	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (30,316) View Details Edit
"Common mental disorder"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1,282) View Details Edit
(MH "Mental Disorders")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (29,392) View Details Edit
S14 AND S17	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (296) View Details Edit
S12 AND S14 AND S17	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (46) View Details Edit
(MH "Depression")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (143,446) View Details Edit
S3 AND S14	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (140) View Details Edit
S3 AND S12 AND S14	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (26) View Details Edit
S11 OR S13	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (13,291) View Details Edit
(MH "Job Re-Entry")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,900) View Details Edit
S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (269,106) View Details Edit
"return to work"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (10,637) View Details Edit
(MH "Preventive Health Care")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (9,736) View Details Edit
(MH "Community Mental Health Services")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (7,971) View Details Edit
(MH "Community Health Services")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (22,352) View Details Edit
(MH "Health Promotion")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (66,771) View Details Edit
(MH "Health Services")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (127,233) View Details Edit
(MH "Rehabilitation, Vocational")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (4,376) View Details Edit
(MH "Rehabilitation")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (54,380) View Details Edit

Cochrane

Søgning på stress med 2 facetter:

#1	MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees	M	15588
#2	MeSH descriptor: [Stress, Psychological] explode all trees	M	3731
#3	MeSH descriptor: [Rehabilitation, Vocational] explode all trees	M	354
#4	MeSH descriptor: [Health Services] explode all trees	M	72896
#5	MeSH descriptor: [Health Promotion] explode all trees	M	4057
#6	MeSH descriptor: [Community Health Services] explode all trees	M	24559
#7	MeSH descriptor: [Community Mental Health Services] explode all trees	M	648
#8	MeSH descriptor: [Community Health Services] explode all trees	M	24559
#9	#1 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8	M	79865
#10	MeSH descriptor: [Return to Work] explode all trees	M	48
#11	#2 and #9 and #10	M	2
#12	#2 and #10	M	4

Søgning på depression med 2 facetter:

#1	MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees	(m)	15588
#2	MeSH descriptor: [Stress, Psychological] explode all trees	(m)	3731
#3	MeSH descriptor: [Rehabilitation, Vocational] explode all trees	(m)	354
#4	MeSH descriptor: [Health Services] explode all trees	(m)	72896
#5	MeSH descriptor: [Health Promotion] explode all trees	(m)	4057
#6	MeSH descriptor: [Community Health Services] explode all trees	(m)	24559
#7	MeSH descriptor: [Community Mental Health Services] explode all trees	(m)	648
#8	MeSH descriptor: [Community Health Services] explode all trees	(m)	24559
#9	#1 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8	(m)	79865
#10	MeSH descriptor: [Return to Work] explode all trees	(m)	48
#11	#2 and #9 and #10	(m)	2
#12	#2 and #10	(m)	4
#13	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	(m)	5541
#14	#13 and #10 and #9	(m)	5
#15	#13 and #10	(m)	5

Søgning på mentale helbredsproblemer med 2 facetter:

#1	MeSH descriptor: [Rehabilitation] explode all trees	(m)	15588
#2	MeSH descriptor: [Stress, Psychological] explode all trees	(m)	3731
#3	MeSH descriptor: [Rehabilitation, Vocational] explode all trees	(m)	354
#4	MeSH descriptor: [Health Services] explode all trees	(m)	72896
#5	MeSH descriptor: [Health Promotion] explode all trees	(m)	4057
#6	MeSH descriptor: [Community Health Services] explode all trees	(m)	24559
#7	MeSH descriptor: [Community Mental Health Services] explode all trees	(m)	648
#8	MeSH descriptor: [Community Health Services] explode all trees	(m)	24559
#9	#1 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8	(m)	79865
#10	MeSH descriptor: [Return to Work] explode all trees	(m)	48
#11	#2 and #9 and #10	(m)	2
#12	#2 and #10	(m)	4
#13	MeSH descriptor: [Depression] explode all trees	(m)	5541
#14	#13 and #10 and #9	(m)	5
#15	#13 and #10	(m)	5
#16	MeSH descriptor: [Mental Disorders] explode all trees	(m)	44331
#17	"Common mental disorder** (Word variations have been searched)	(s)	151
#18	#16 or #17	(m)	44410
#19	#18 and #10 and #9	(m)	7
#20	#18 and #10	(m)	9

Sociological Abstract

Søgning på stress med 2 facetter:

<input type="checkbox"/>	Set ▼	Search	Databases	Results	Actions
<input type="checkbox"/>	S3	(SU.EXACT.EXPLODE("Psychological Stress") OR SU.EXACT.EXPLODE("Occupational Stress") OR SU.EXACT.EXPLODE("Occupational Stress" OR "Psychological Stress" OR "Stress" OR "Trauma")) AND "return to work"	Sociological Abstracts	5°	Actions ▼

Søgning på depression med 2 facetter:

<input type="checkbox"/>	S14	"return to work" AND SU.EXACT.EXPLODE("Depression (Psychology)")	Sociological Abstracts	1°	Actions ▼
--------------------------	-----	--	------------------------	----	-----------

Søgning på mentale helbredsproblemer med 2 facetter:

<input type="checkbox"/>	S18	(SU.EXACT("Mental Illness") OR "Common mental disorder*") AND "return to work"	Sociological Abstracts	4°	Actions ▼
--------------------------	-----	--	------------------------	----	-----------

Bilag 3: Informeret samtykke

Dato: 30.03.2015

Informeret samtykke

Formålet med undersøgelsen:

Formålet med dette interview er at opnå indsigt i din oplevelse af at have deltaget i kurset “Håndtering af stress og depression”.

Dette ønskes for at opnå et dybdegående og nuanceret udgangspunkt til udvikling af et tilbud for sygemeldte med stress og depression.

Interviewet udføres af:

Kandidatstuderende fra Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet

Studerende: Kirsten Øe, Lina Nørgaard og Sofie Devantie.

Email: 15gr@1060hst.aau.dk

Rammer:

Interviewet er en fortrolig samtale, som optages på bånd og efterfølgende skrives ud i papirform. Datamaterialet vil blive opbevaret fortroligt og utilgængeligt for uvedkommende. Alle udtalelser og informationer vil blive behandlet anonymt. Oplysningerne vil blive brugt i vores projekt på kandidatuddannelsen og i Sundhedscenter Vejle til at udvikle et kommende tilbud.

Rettigheder:

Optagelserne vil blive slettet efter brug. Det er frivilligt at deltage, og du kan til enhver tid udtræde af undersøgelsen.

Jeg giver hermed informeret samtykke om at deltage i interviewet omhandlende kurset “Håndtering af stress og depression”

Dato og underskrift:

Bilag 4: Interviewguide

Briefing af rammerne for interviewet

- Tak fordi du vil snakke med os
- Formål:
 - Få viden om dine erfaringer og oplevelser med kurset “Håndtering af stress og depression” for at kunne udvikle et nyt tilbud til sygedagpengemodtagere med stress og depression
 - Vi er ikke en del af Sundhedscenter Vejle - vi er interesseret i din ærlige mening om forløbet
 - Der er ikke noget, der er rigtig eller forkert
 - Spørg endelig hvis der er noget, der skal uddybes, eller hvis der er noget, du ikke forstår.
- Interviewets forløb:
 - Jeg er den, der skal interviewe og (navn) er kun tilstede for at skrive noter/ er referent.
 - Du har gennem hele interviewet retten til at trække dig og undlade at besvare spørgsmål, du ikke har lyst til.
 - Varighed ½-1 time.
 - Interviewet optages, fordi optagelsen skal anvendes som støtte til vores hukommelse og vil alene blive anvendt i forbindelse med vores projekt. Optagelsen bliver slettet, når projektet er afsluttet.
 - Alle dine udtalelser vil forblive fuldstændig anonyme (underskrift på informeret samtykke brev)
- Disposition for interviewet:
- Overordnet skal vi snakke om forskellige temaer i dag:
 - Erfaringer/oplevelser med kursets indhold
 - Erfaringer/oplevelser med, hvad der ellers har haft påvirket dit forløb, f.eks. familie, arbejdsplads osv.
 - Samlet oplevelse af kurset

Overordnet forskningsspørgsmål

Vi vil gerne opnå en dybere forståelse af stress- og depressionsramte borgeres erfaringer ved kurset "Håndtering af stress og depression" for at kunne udvikle et nyt tilbud til sygemeldte med stress og depression.

Hvad kan de stress- og depressionsramte sygemeldtes erfaringer bidrage med i udviklingen af guidelines til det kommende tilbud?

Kategori	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Indledende spørgsmål	<p>Hvordan oplever informanten betydningen af at, der sættes hurtigt ind - med kurset?</p> <p>Hvilken motivation har informanten inden kursets start?</p>	<p>Hvor gammel er du?</p> <p>Er du i dag sygemeldt eller i arbejde?</p> <p>Hvad blev/er du sygemeldt for?(stress eller depression)</p> <p>Var du i arbejde da du blev sygemeldt? - Hvis ja, hvad arbejdede du som?</p> <p>Hvor lang tid var/har du (været) sygemeldt?</p> <p>Hvor lang tid gik der fra du fik konstateret stress/depression til du startede på kurset? - Synes du det var for lang tid? - Hvis ja, hvorfor? (fx bliver sygdommen forværret i perioden)</p> <p>Hvornår deltog du i kurset (dato, måned)?</p> <p>Hvad var dine personlige forventninger for kurset? (fx at komme på arbejde igen, få familien til at fungere, at familien lider last, mere overskud/tid, mindre pres, flere ressourcer osv.)</p>

		<p>Er du kommet tilbage i arbejde?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis nej, hvad tænker du kan ligge til grund for at du ikke er tilbage i arbejde?
Faglige elementer	<p>Hvilke faglige elementer har haft negativ/positiv indflydelse på informantens tilbagevenden til arbejdet?</p> <p>Formår kurset at tilgodese informantens behov?</p> <p>Formår kurset at få informanten tilbage til arbejde?</p>	<p><i>Nu vil vi godt høre noget om den undervisning og træning, der indgik i kurset</i></p> <p>Er der undervisning/træning på kurset, der har betydet, du har fået det bedre?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis ja, hvad?(vise listen - fx træning, mindfulness, selvhjælpsteknikker, samtaler) - Hvordan har faget været med til at du har fået det bedre? (Fx ser du anderledes på din situation, nemmere ved at takle modstand) (spørge indtil de forskellige fag) <p>Hvad manglede kurset efter din mening, hvis det skulle have hjulpet dig bedre?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Var der fag du manglede? - Var der fag du gerne ville have mere af? - Var der fag du gerne ville have mindre af? <p>(Fx mere/mindre træning/mindfulness/undervisning/noget helt andet)</p> <p>Tror du kurset har været medvirkende årsag til, at du kom/kan komme tilbage til arbejdet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis ja, hvorfor tror du det? - Hvis nej, hvordan kan det være?
Andre elementer	<p>Hvilke andre elementer har haft positiv/negativ indflydelse på informanten</p>	<p><i>Nu går vi videre til at snakke om andre forholds betydning for forløbet</i></p> <p>Hvordan oplevede du opbakningen fra familie/venner/pårørende i perioden med stress/depression?</p>

	<p>tilbagevenden til arbejdet?</p> <p>Hvordan har kontakten til de forskellige, som informanten har haft kontakt til undervejs, fungeret?</p> <p>Har kurset været fyldestgørende nok for informanten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Har det haft betydning for dit forløb med stress/depression? - Hvis ja, hvordan? <p><i>Nedenstående spørgsmål stilles, hvis personen er sygemeldt fra job:</i></p> <p>Har du haft kontakt til din arbejdsplads under din sygemeldelse, fx til kollegaer eller arbejdsgiver?</p> <p>Hvilken form for kontakt havde/har du med din arbejdsplads - arbejdsgiver og kollegaer?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad har det betydet for dig? <p><i>Alle igen</i></p> <p>Hvordan føler du, det har været at deltage på et kursus sammen med andre?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har det givet dig noget, at de andre var i en lignende situation? - Hvis ja, hvordan? (fx tættere på de andre, støtte) <p>Hvis du ser tilbage på forløbet, ville du så foretrække et kortere eller længere kursus end de ni uger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvorfor? <p>Oplevede du efter kursets afslutning, at der var noget, du havde brug for? Fx støtte, samtaler, opfølgning, information osv.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis ja, hvad? - Hvorfor?
<p>SOC</p>	<p>Hvordan kan den forståelse, informanten har opnået gennem kurset, være med til at hjælpe informanten</p>	<p><i>Nu vil jeg spørge ind til din samlede oplevelse af kurset som er den sidste del af interviewet</i></p> <p>Har kurset været med til at give dig en større forståelse af, hvorfor du er blevet/har været stresset/deprimeret?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kan det være med til at hjælpe

	<p>fremadrettet?</p> <p>Har kurset bidraget til, at informanten har fået ressourcer til at håndtere hverdagens krav?</p> <p>Har en involvering i kurset været med til at skabe større meningsfuldhed hos informanten?</p> <p>Har kurset bidraget til at informanten har opnået en større grad af SOC?</p>	<p>dig fremadrettet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis ja, hvordan? (fx til at få det bedre, strukturere din hverdag og undgå at få det værre/dårligere igen) <p>Har kursets indhold været med til, at du i højere grad kan håndtere situationer i hverdagen, som du førhen havde svært ved? (fx arbejdspress, krav fra familie)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis ja, på hvilken måde? <p>Har kurset været med til, at du i dag bedre kan prioritere hverdagens opgaver (fx planlægger og prioriterer du - eller ser du hvad du når/orker hen ad vejen?)</p> <p>Følte du, at du var engageret i undervisningstimerne og til træningen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis ja, hvorfor var du engageret? - Hvis nej, hvorfor følte du, at du ikke var engageret? <p>Har du fået det bedre efter deltagelse på kurset?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis ja/nej: Hvorfor? (er det fordi der er situationer, du bedre kan tackle eller tackler anderledes?) <p>Har kurset levet op til dine personlige forventninger? (fx at komme på arbejde igen, få familien til at fungere, mere overskud/tid, mindre pres, flere ressourcer osv.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis ja, hvordan?
--	---	--

Debriefing for interviewet

- Har du evt. bemærkninger om dine oplevelser fra kurset?
- Afrunding:
 - Tak fordi du ville deltage og dele ud af dine erfaringer, det er vi rigtig glade for
 - Hvis du har nogle spørgsmål, er du mere end velkommen til at kontakte os.
 - Du må have en fortsat god dag

Bilag 5: Retningslinjer for transskribering

- Informanterne benævnes Informant A, B, C og D
- Intervieweren benævnes I
- Fyldeord såsom “øh” og “hmm” undlades
- I stedet for navne/steder skrives xxx og tilføj parentes, fx (barn), (hund), (mand)
- Sætninger, der startes men ikke afsluttes, markeres ved tre punktummer (sætning...).

Den nye sætning starter herefter på normal vis

- Ord fra informanten, der er særligt betonet, fremhæves med fed skrift
- Hvis informanten griner, græder el. lign. skrives fx (informant A begynder at græde)

Faglige elementer

Træningselementer og undervisningselementer

Forskningsspørgsmål: Hvilke faglige elementer har haft negativ/positiv indflydelse på informantens tilbagevenden til arbejdet?

Informant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<i>Er det nogle bestemte redskaber, du har fået fra kurset?</i>	A kan lide bodyscanning og åndedrætsøvelser	- Bodyscan og åndedrætsøvelser var godt	Det er to bestemte temaer, A synes bedst om og husker bedst. Det er bodyscan og åndedrætsøvelser.
A	<i>Vi har lavet en oversigt og hvad det er for nogle ting, vi har været igennem. Er der noget, du tænker, det har hjulpet eller du sagde bodyscan.</i>	A kan lide mindfulness og bruger det meget, <i>“Det bruger jeg meget, når jeg er ude og gå og så finder jeg steder, hvor jeg føler mig tryk. Om det stormer eller regner”</i> <i>“Det virker rigtig rigtig godt. Og ellers gåture, meditation, afspænding, yoga – det bruger jeg også.”</i>	-Det der var godt i træningstimerne var: -Mindfulness -gåture udenfor, som giver tryghed -Meditation -Afspænding -Yoga	A bruger naturen i hendes hverdag, hvor hun fortsat går ture. Udover det mediterer hun, laver afspænding og yoga. Disse træningsøvelser har været relevante og brugbare i hverdagen for A.
A	<i>Er det noget undervisning, du godt kan li? F.eks nu har du fået information omkring stress og depression eller det her livshjul, du har været igennem, er der noget af det, du fx har fået noget ud af?</i>	A fik noget ud af det meste af undervisningen. Dog var forløbet med kost og ernæring for kort, for informationsrigt og kun teoretisk. A fik ikke noget ud af de to timer, i og med A havde så meget andet i hovedet, kunne A ikke rumme disse informationer.	-Fik noget ud af undervisning -Kost og ernæring for kort -For meget information og kun teoretisk	A har fået noget ud af det meste af undervisning, men det er dog ikke alt hun husker lige godt. Det kan blive for teoretisk, og det kan hun ikke kapere. Grunden til dette kan være, at hun ikke har kunnet overskue/magte al den information, fordi hun er moderat til svær deprimeret.

A	<p><i>sådan overordnet heroppe (undervisning) eller noget med ernæring og kost eller... havde i.. lavede i ikke mad?</i></p>	<p>A havde brug for mere madlavning :” <i>det kan man måske godt have brug for. Ligesom at få nogle gode ideer, det kan være svært somme tider at tage sig sammen.</i>”</p> <p>A ville dog gerne have haft madlavning til 1 person, så A kunne få inspiration til 1, samtidig med det ville være sundt og næringsrigt.</p> <p><i>”så kunne man godt have brugt noget mere til kreativitet eller et eller andet.”</i> A ville gerne have haft undervisningen var mere kreativ og hvor holdet havde lavet flere fysiske ting sammen</p>	<p>-Mere madlavning og flere kreative fag</p>	<p>A har ikke fået noget ud af kost og ernæringsundervisningen. A vil hellere selv have lavet maden. A er også single og kan have et behov for at få redskaber til at lave mad til én person i stedet for to.</p> <p>Flere fysiske elementer i undervisningstimerne, som var kreative.</p>
B	<p><i>Vi har sådan skrevet nogle ting ned. Som vi sådan overordnet ved at kurset har indeholdt, der har været noget undervisning og noget træning. Jeg tænker er der nogle af dem, du har fået ekstra meget ud af? Eller noget du godt kunne lide ved det?</i></p>	<p>B kunne godt lide mindfulness, meditation og gå ture. Gåturene skulle dog ikke være i skoven (fik klaustrofobi)</p> <p>Undervisningen synes B var godt. B ville dog gerne have haft flere valgmuligheder iht træningsdelen. Og nævner hvorfor man ikke anvender DGI huset til det, når det ligger lige ved siden af.</p>	<p>-I træningen var mindfulness, meditation og gåture godt (ikke i skoven)</p> <p>-Undervisning var godt</p> <p>-Flere valgmuligheder iht. træningen</p> <p>-Samarbejdspartnere foreslås(DGI-huset)</p>	<p>Det virker mest til, at træningen har haft størst påvirkning på B, for undervisningen kan hun ikke rigtig huske - bare at det overordnet var godt. Træning (mindfull og gåture) er noget B stadig bruger.</p> <p>Flere valgmuligheder vil kunne give den enkelte et forløb, hvori B mener, man kan få mere ud af det - benyt eksterne samarbejdspartnere.</p>
B	<p><i>Er der nogle af de her ting, du gerne vil have haft mere af?</i></p>	<p>B ville gerne have haft individuelle samtaler og flere timers psykoterapi.</p>	<p>-Ønsker flere individuelle samtaler og psykoterapi</p>	<p>Efter B’s mening kan der godt have været flere psykoterapi timer og flere individuelle timer.</p> <p>B havde brug for at kunne forstå sin tilstand og havde behov for ekstra timer. Det kan det være relevant at</p>

				se på, om der kunne stilles valgmuligheder op for, at den enkelte kunne fortsætte med det vedkommende følte, man havde brug for.
B	<i>Du snakkede tidligere om nogle redskaber, de redskaber du så har følt, at du kunne bruge, hvad har det været?</i>	<i>“Det er sådan nogle, dem ændringer i min tankegang og i vaner til dagligt, ikke godt. Jeg har mange vaner som jeg har haft, nogle tvangstanker og tvangshandlinger. Dem har jeg kunne ændre, langsomt. Ved at bruge dem der redskaber jeg har fået fra den kursus.” B har bl.a. brugt meditation og gåture. B er blevet bedre til at mestre dagligdagen, sætte grænser for sig selv i stedet for: “bare at blive ved at køre derudad. Ligesom jeg har gjort altid i mit liv. Men nu kan jeg godt sætte grænser for mig selv, ikke gå. Det her kan du ikke og du skal også sætte grænser for dig... Når jeg ikke kan, så kan jeg ikke. Jeg kan også bare sige til og fra til min mand, og alle de også de hjemlige pligter og alt muligt. Når jeg ikke kan, så stopper jeg. Så venter jeg til i morgen, ikke gå. Det har været rigtig godt.”</i>	-Redskaber fra kurset har ændret på B's tvangstanker og tvangshandlinger, såsom meditation og gåture.	B har fået værktøjer, der har været med til at ændre sin hverdag og er blevet mere realistisk omkring, hvad hun kan og ikke kan kapere og har accepteret det. Hvis hun ikke kan overskue det, så ligger hun det til side og venter fx til næste dag. Dette har bl.a. været meditation og gåturene, der har hjulpet med det.
B	<i>Har det her kursus, synes du det var tilpas, tilpas lang eller kunne det have været længere eller kortere?</i>	<i>“Jeg synes det kan være kortere, altså.” B synes, at det kunne blive for meget med 3 eller 4 timer, når man er sygdom/deprimeret. “...to timer det er rigeligt.” Det var især</i>	-Timerne skal være kortere	Det var for lang tid for B at være til undervisning i 3-4 timer, hvilket især kan gælde for personer med depression. Kortere tid ad gangen vil passe hende bedre, især i starten af forløbet.

		i starten af kurset hun blev og træt og udmattet.		
C	<i>Og først vil jeg gerne spørge dig omkring om der var noget af undervisningen på kurset der har betydet du har fået det bedre? Om der var nogle ting du tænkte det kan jeg tage med mig videre?</i>	<p>C kunne rigtig godt lide gåturene, hvor der samtidig blev lavet mindfulnessøvelser. C's hold brugte en time hver gang på at gå en tur og det var dejligt.</p> <p>Og psykoterapeuten var rigtig god - fortalt om, hvordan stress og depression påvirker.</p> <p>Psykoterapeuten var der kun 1 gang og dette kunne der godt have været mere af, Da C fik øjnene op for, hvordan ens hverdag foregår:</p> <p><i>"Men jeg tror bare vores hjerner i den grad er på overarbejde. Så det åbnede han virkelig øjnene for, at nå ja, man skal måske lige prøve at skrue tempoet lidt ned der"</i></p>	<p>-Gåture, mindfulness var godt i træningen</p> <p>-Psykoterapien og viden om stress var godt i undervisningen</p>	<p>Træningsdelen virker til at have givet C meget og noget som hun kan bruge videre i hverdagen og på arbejdet, når det hele bliver for meget.</p> <p>I undervisningsdelen var psykoterapien bedst for C, da hun kom ind mærkede, hvorfor hun var havnet i denne situation. Hun fik en forståelse for egen hverdag. Disse kunne der sagtens have været flere af.</p>
C	<i>Ja. Jamen der var en der nævnte at hun godt kunne have brugt noget mere om sådan noget om kost og motion. Og sådan noget mere information omkring det. Det er ikke noget du har...?</i>	<p><i>"Måske mere... Endnu flere af nogle af de meditationsøvelser og noget mere yoga og sådan noget hvor man kommer til at mærke sig selv. Hmm... Jeg tror faktisk, vi havde kun yoga en enkelt gang eller to gange, og det kunne jeg godt også have drømt om at der var der noget mere af, fordi man kommer til at mærke sin krop og bliver opmærksom på sin krop."</i></p> <p>Ud over træningsdelen, synes C, at</p>	<p>-Mere meditation og yoga</p> <p>-Undervisning for overfladisk</p> <p>-Man kan ikke overskue hjemmeopgaver</p> <p>-Kom med forslag til træning og undervisning</p>	<p>C ville overordnet gerne mere i dybden med færre ting. C følte, hun havde brug for at få flere redskaber. Undervisningen er nu på et overfladisk plan. C kommer med et forslag om, at dele holdet op, når forskellige redskaber er givet ud. På den måde ville den enkelte selv bestemme, hvad man ville gå i dybden med og få det maksimale udbytte ud af forløbet.</p>

		<p>undervisningsgangene blev for overfladisk og kom med et forslag om, at man kunne dele holdet op - så man kunne komme mere i dybden med nogle få ting, i stedet for mange overordnede ting og hjemmeopgaver. For mange havde ikke overskud til at lave noget derhjemme. <i>“På den måde sige, at nu præsenterer vi den her tilgang, fx livshjulet og nu præsenterer vi hvad vi skal arbejde med omkring leveregler og værdier for eksempel. Og så finder vi... Og så skal du mærke på dig selv, hvad vil du gerne næste gang og så kunne man have delt sig.”</i></p>		
D	<p><i>Er der noget undervisning eller træning på kurset, hvor du ved, du har fået det bedre? Nu skal du se, vi har sådan en liste, hvor du se hvad det var der var engang.</i></p>	<p>Informant D syntes gåturene var de bedste, hvor man bare kunne komme ud og nyde naturen. Mindfulness var også godt. D kunne bedst huske træningsdelen i forløbet.</p> <p>Undervisningsforløbet var D okay tilfreds med, især de informationer omkring, hvorfor man bliver/er stresset og/eller deprimeret. Og det var godt, når de sad til timerne, men bagefter havde D svært ved bruge dem i hverdagen og efter kursets forløb.</p>	<p>-Gåture og mindfulness var godt i træningsdelen</p> <p>-Undervisningen var okay</p> <p>-Information om hvorfor man er/bliver stresset var godt.</p> <p>-Der var svært at bruge elementerne i hverdagen</p>	<p>D fik mest ud af gåturene og mindfulness. Men jo længere tid der gik, jo sværere havde han ved at huske de givne redskaber, de fik på forløbet. Det var især efter forløbets afslutning, at han havde svært ved at huske at anvende redskaberne. Det kan tyde på, at redskaberne ikke var blevet gennemgået nok i dybden samt sat nok op ift hans hverdag.</p> <p>Undervisningen kunne måske have været mere dybdegående og træningsdelen blevet sat mere ift. ens egen hverdag (på jobbet og derhjemme).</p>

D	<i>Var det noget, du kunne have brugt mere af?</i>	<p><i>“Nej, jeg synes egentlig vi kom rimeligt godt omkring det og synes det var rigtig godt, vi kan så sige, det kneb altid med der var tid nok (okay) så det kunne godt være tiden var for begrænset, der kunne godt være ting, der ikke kunne nå at blive færdige til slut.”</i></p> <p>Det var fordi, nogle på holdet havde meget på hjerte, hvorfor de brugte megen tid i fælles undervisningen.</p> <p>D kom med et forslag om, at underviseren skulle være bedre til at få lukket af, hvis én person snakkede for meget eller snakke sammen de to bagefter, så det ikke tog for meget af den fælles tid på holdet.</p>	<p>-Kursets indhold var godt.</p> <p>-Ikke nok tid til at komme i dybden med emnerne.</p> <p>-Skyldtes andre snakkede for meget</p> <p>-D kom med et forslag til at få mere tid i timerne.</p>	<p>Tiden var en faktor, der fyldte meget for D. Han syntes ikke, der var nok tid til at fordybe sig i tingene. Derfor kunne der måske ses på at få delt undervisningen op i, hvad den enkelte har brug for og derigennem komme mere i dybden med de enkelte ting og derigennem få et større udbytte af timen. Ligeledes så enkeltpersoner ikke tager for megen tid i fælles undervisningen.</p>
---	--	---	--	---

Andre elementer

Personlige forventninger

Før

Forskningsspørgsmål: Hvilken motivation har informanten inden kursets start?

Informant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<i>Havde du nogle personlige forventninger til kurset?</i>	A havde ikke forventninger til kurset. A ville bare i gang med noget.	<p>-Ingen forventninger</p> <p>-Ville bare i gang.</p>	A ville bare have en eller anden form for hjælp og værktøjer til at komme videre og få det bedre. Men har ikke videre tænkt over, hvordan og hvilke

				elementer, der kunne/skulle hjælpe.
B	<i>Din forventning, havde du nogle personlige forventninger til kurset, hvad du gerne ville? Eller ville få ud af kurset, inden du begyndte?</i>	B svarer forbi spørgsmålet omkring forventninger op til flere gange og forklarer, at kurset har været godt. Så her kan B's udsagn ikke bruges.	-Forstod ikke spørgsmålet	B er halv grønlander og kan have svært ved at forstå alle spørgsmålene og svare forståeligt på dem. B kan til tider ikke formulere sig/ finde de ord, hun gerne vil.
C	<i>Havde du nogle forventninger? Du havde selvfølgelig ikke så lang betænkningstid ift... Inden du startede på kursus, men havde du nogle forventninger inden du startede på kurset?</i>	Eftersom C startede kort tid efter, C havde efterspurgt kurset. C:” <i>Jeg tænkte; du kommer med et åbent sind og så tager du det hen ad vejen, så jeg havde ikke de helt stor forventninger til det</i> ”. C ville have et åbent sind og tage imod værktøjer. ” <i>Altså jeg havde nok et håb om, at få nogle strategier til at håndtere den stress.</i> ” Men i og med C ikke vidste, hvad kurset ville omhandle, håbede C blot.	-Ingen forventninger -Havde et åbent sind. -C havde kun forhåbninger om, hvad kurset kunne give.	C ville starte på kurset med åbent sind og ikke have forventninger for dermed forhåbentlig at få så meget ud af det som muligt. C håbede på, at kurset ville hjælpe til at håndtere stress, så C kunne komme videre. Så C havde en forventning til, at dette kursus kunne hjælpe C til at få ressourcer til at få det bedre.
D	<i>Havde du nogle personlige forventninger til selve kurset inden du startede?</i>	D havde nogle forventninger til kurset, som var redskaber til at kunne håndtere det problem D havde iht. arbejdet. Men det gik ikke rigtig som forventet, i og med D blev fyret og dermed blev han nødt til at ændre på forventningerne. D kunne bruge værktøjerne lidt derhjemme iht familien, men kun i en mindre grad.	-Forventninger til at få redskaber ift. arbejdspladsen -Blev fyret og havde ikke brug for samme redskaber	D fokuserede kun på forventninger iht. arbejdet, hvor han manglede nogle specifikke redskaber til at kunne håndtere disse. Det var arbejdet, der fyldte mest og var derfor det, D havde forventninger til.

Efter

Forskningsspørgsmål: Har kurset bidraget til at informanten har opnået en større grad af SOC?

Infor mant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<i>du havde ikke nogle forventninger til at starte med, fik du nogle forventninger undervejs og så til, hvad du gerne vil have ud af det?</i>	A fik ikke forventninger til kurset undervejs og kunne derfor ikke svare på, om kurset levede op til A's forventninger	-Ingen forventninger	A havde ingen forventninger til kurset
B	<i>Har kurset så levet op til dine forventninger?</i>	B forstod ikke spørgsmålet om at have forventninger til kurset inden start og B virker heller ikke til at forstå det i denne sammenhæng	-Forstod ikke spørgsmålet	B's udsagn til dette spørgsmål vil ikke blive anvendt videre i analysen, fordi hun ikke har haft forståelse for spørgsmålet.
C	<i>Har kurset ellers levet op til dine personlige forventninger? Nu havde du ikke nogle decidede... Overordnede... så mange forventninger? Men det kunne godt være at du fik nogle forventninger undervejs, som du gerne ville have indfriet eller...</i>	Undervejs kunne C godt have tænkt sig grupperinger af, hvad der interesserer den enkelte deltager mest ift., hvad den enkelte har brug for og er henne - hvad deltageren kan overskue/kapere? Nogle af undervisningsgange måtte godt gå igen flere gang under forløbet.	-Undervejs fik hun ideer til forbedringer til kurset	C havde ingen forventninger inden start, men fik ideer til forbedringer undervejs i kurset. F.eks. grupperinger af deltagere efter behov og kompetencer. Ellers måtte nogle af undervisningsgangene godt komme af flere omgange.
D	<i>Levede kurset op til dine personlige forventninger?</i>	D synes forventningerne blev egentlig indfriet, selvom han blev fyret. Ud over D's første dag, hvor det var	-Fik forventningerne indfriet -Første dag var hård	D's forventninger inden start var der stort fokus på at få redskaber iht arbejde. Og der levede kurset op til hans forventninger.

		ret hårdt at være i rum med så mange, der havde det værre end ham selv. Ellers synes han, han fik det udbytte, som han eftersøgte.	grundet forskelligheder på holdet	
--	--	--	-----------------------------------	--

Tilbagevendelse til arbejdsmarkedet

Forskningsspørgsmål: Formår kurset at få informanten tilbage til arbejde?

Infor mant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<i>... har du nogle planer om, om du kunne tænke dig at komme tilbage og arbejde med et eller andet?</i>	A er i dag raskmeldt og jobsøgende og vil gerne i arbejde, men har ikke fundet noget endnu. A blev sygemeldt gennem en uddannelse ved hjemmeplejen og kan ikke gennemføre den, derfor er hun i dag jobsøgende.	-Idag raskmeldt og jobsøgende -Sygemeldte gennem uddannelse ved hjemmeplejen	A kan ikke overskue at gennemføre sin uddannelse til plejehjemmet. Og derfor går A ledig. Kurset har været medvirkende til, hun er raskmeldt i dag og kan overskue at være jobsøgende.
B	<i>Kurset, det du har været på her, har det været medvirkende til at du har enten ku komme tilbage på arbejde eller kan komme tilbage på arbejde på et tidspunkt?</i>	B siger nej, tværtimod! <i>“Det har hjulpet mig. Støttet mig omkring, det fordi jeg kommer ikke tilbage til arbejde, fordi det har nedslidt min krop og psyke, ikke gå. Der bliver ved med at komme depression, ikke gå. Det har hjulpet mig og vejledt mig at jeg kan komme starte på anden end, anden end, såsom job, hvad kalder man det, skånejob. Og jeg kunne starte langsomt op.”</i> B har fået øjnene op for, hun ikke skal tilbage til sit arbejde, da hun bliver ved med at blive syg.	-Kurset har givet redskaber til, at B kunne finde ud af, at hun ikke skulle tage til sin arbejdsplads. -B kan mærke, hun bliver sygemeldt igen, hvis hun kommer tilbage.	B har fået en bedre og dybere forståelse for, hvad hun kan klare, klare og håndtere og B's forhenværende arbejde var for krævende. Dette har hun fundet ud af gennem kurset. Så kurset har givet B et indblik i, at det job/det felt ikke er det rette for hende.

C	<p>... Tror du så at kurset har været medvirkende årsag til at du er kommet tilbage til arbejdet?</p>	<p>Det har været med til at sænke C's stressniveau. <i>"Jeg var nok kommet tilbage på arbejdet alligevel, men det har været med til at gøre mig opmærksom på, hvad det er der skete, eller hvad det var der skete i min krop og dermed sænke mit stressniveau, fordi jeg fik nogle redskaber til at håndtere det. Og specielt mindfulness øvelserne og turene i naturen og forståelsen af mig selv, hvad det var der skete i min krop eller hvad det er der sker i min krop, når jeg når derhen."</i> C har fået redskaber til at sænke sit stressniveau og en bedre forståelse for, hvad der skete i kroppen. Denne håndtering er sket gennem redskaber, såsom mindfulness og gåturene.</p>	<p>-Kurset har sænket stressniveauet -Fået en bedre kropsforståelse fra redskaber gennem mindfulness øvelser, gåturene og viden.</p>	<p>C var startet i arbejde under alle omstændigheder, men kurset har givet hende redskaber til at få en bedre forståelse af sig selv, hvorfor kroppen og sindet reagerer, som det gør og dermed har C bedre kunnet håndtere stressen vha. mindfulness og gåture i naturen.</p>
D	<p>tror du kursus var medvirkende du kom tilbage til arbejdet?</p>	<p>D synes kurset både og har hjulpet til at komme tilbage på arbejdsmarkedet. <i>"jeg tror kurset gav mig et eller andet ro og ligesom jeg fik lidt mere forståelse for, hvorfor jeg havde det som jeg havde det."</i> D kom tilbage på sit arbejde og blev fyret. Kurset har dermed hjulpet til at få en bedre forståelse for, hvorfor D blev sygemeldt. Og D fik et nyt job efter lidt tid</p>	<p>-Hjulpet til at komme tilbage til arbejde -Fyret -Fik et nyt job -Bedre forståelse for hvorfor han blev sygemeldt</p>	<p>D havde brug for at finde en forståelse for, hvorfor D blev stresset. Kurset gav D på længere sigt fik D et job, dette kan være pga. kursets ressourcer til, D bedre kunne forstå sig selv, hvorfor kurset var medvirkende til, D kom tilbage på arbejdsmarkedet.</p>

		<p>kurset har manden fået meget bedre forståelse og alle er blevet støttende. Det har hjulpet rigtig meget.</p>	<p>og kunne bedre støtte B</p>	
B	<p><i>Har det en effekt på hvordan du har det nu?</i></p>	<p><i>“Du kan tro, at det betyder, det er alfa omega. Det er det, ja. Det har virkelig, virkelig betydet meget. Det har det. Ja, altså det er ligesom min helbred det går hurtigere nu.”</i></p> <p>Det hjælper på B's helbred, når manden og søskende støtter. Så får B ikke mere dårlig samvittighed, oplever mindre angst og har fået et mere afslappet forhold til sin familie. Alting er blevet nemmere.</p>	<p>-Støtte fra mand og søskende -oplever ikke længere dårlig samvittighed -afslappet forhold til familien gør alting nemmere</p>	<p>Støtte fra familien har haft stor betydning for B. Hun har kunne koncentrere sig om sit helbred, fordi hun har fået støtte og accept. B har nemmere ved at overskue sin hverdag pga. støtte og forståelse fra de nærmeste. Nu når det ikke fylder mere, kan hun begynde at flytte fokus fra familiens accept til at arbejde med sig selv og få det bedre.</p>
C	<p><i>hvordan oplevede du opbakningen fra din familie, venner og pårørende i denne her periode?</i></p>	<p>C har fået støtte fra ægtefællen, men har fået mest ud af holdet, det er dem, der har påvirket C mest positivt. For ægtefællen har haft svært at finde ud af, hvad man skal gøre, hvordan skal man støtte og hvordan skal man hjælpe. <i>“Så der har været forståelse og opbakning, men måske også forvirring om hvad er det lige jeg kan gøre.”</i></p> <p><i>“Men hvor skidt man har det indvendig det er ikke altid det er til at se, fordi når man er ude blandt andre, så mander man sig lige op så er det ikke nemt at se hvordan man har det... “.</i></p> <p>Børnene har været bevidst omkring</p>	<p>-støtte fra mand -mand har svært ved at forstå, som skaber forvirring -fået mest ud af støtte fra holdet</p> <p>-andre har svært ved at se man er syg -prøver at skjule tilstanden</p>	<p>C har haft en ægtefælle, der gerne vil hjælpe, lytte og støtte, men svært ved at vide, hvad der skulle gøres for at kunne hjælpe. C's tilstand har påvirket ægtefællen, som har følt sig magtesløs.</p> <p>Det er ikke nemt at være den, der er ramt af stress eller depression, i og med der er mange, der ikke kan se, hvordan man har det. Og derfor kan det være svært at befærde sig ude blandt andre mennesker. Ligeledes kan det være hårdt for de pårørende, da de ikke kan se, hvor svært C har det.</p>

		det.		
D	<i>Hvordan har du oplevet opbakning fra din venner/pårørende/venner i den periode, du har været deprimeret?</i>	D har haft børn, som gerne ville hjælpe, men D synes ikke, børnene i alderen af 15 og 17, skulle hjælpe, selvom det var dem, der var tættest på (blev skilt i 2013). <i>“men ellers min mor har prøvet, men hun har ikke kunnet forstå, hvad det drejede sig om selvom hun virkelig har prøvet.”</i> D havde også en bror og kone, som D snakkede lidt med samt en god kammerat. Men kammeraten havde selv problemer, havde D ikke behov for at lytte til en andens problemer. Men har brugt sin psykolog, når D snakkede om sine problemer.	-Børnene var tættest -D ville ikke lade børnene hjælpe grundet alder -Moren ville hjælpe men kunne ikke forstå -Vennen ville gerne snakke men havde selv problemer -Brugte en psykolog	D har fået opbakning og har kunne komme til familie og venner, men han har haft svært ved at åbne sig op og brugte derfor sin psykolog.

Samarbejde med arbejdspladsen

Forskningsspørgsmål: Hvordan har kontakten til de forskellige, som informanten har haft kontakt til undervejs, fungeret?

Informant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<i>Men i dit forløb, dit sygeforløb, har du haft kontakt med arbejdspladsen?</i>	A har stadig kontakt til arbejdspladsen og ville have et job efter eksamen. Men A føler ikke, A kan komme tilbage, selvom arbejdspladsen gerne vil. <i>“ja, men jeg føler ikke, jeg kan give omsorg til en anden menneske, det kan jeg ikke, så længe jeg har det sådan. Når jeg somme tider ikke kan yde omsorg for</i>	-Haft kontakt til arbejdsplads -Kan ikke give omsorg til andre -Kan ikke komme tilbage til denne type af arbejde -Snakker med kollegaer og arbejdsgiver, som er rart.	A kan måske på sigt vende tilbage på arbejdspladsen. Virker til at være positivt for A, at arbejdspladsen gerne vil have A tilbage - giver et selvtillidsboost. Men A er blevet bevidst om, at jobbet ikke er godt for hende, når hun ikke selv har det godt nok endnu.

		<i>mig selv. Jeg har nogle trælse dage.”</i> A snakker dog stadig med kollegaer og arbejdsgiver og det er rart.		
B	<i>Snakkede du med din arbejdsgiver eller kollegaer du havde kontakt med eller?</i>	B er stoppet med at arbejde, der hvor B arbejdede før, for det var ikke godt for hende psykisk.	-Stoppet på arbejdet -Psykisk ikke godt for hende	B har fået en forståelse for, hvad hun kan og ikke kan holde til.
B	<i>Havde det betydning for dig, at de ringede til dig og ville have dig tilbage?</i>	<i>“Ja, det betyder meget. Altså det synes jeg. For min selvtillid og selvværd. Det betyder meget for mig.”</i>	-Får selvtillid og selvværd	Det giver noget selvtillid for B, at arbejdspladsen vil have hende tilbage.
C	<i>Nå men så var der lidt omkring det her med arbejdspladsen. Og du har haft god kontakt til din arbejdsgiver, og hvad med kollegerne... Har du også haft noget kontakt til dem eller?</i>	C mødte megen opbakning og især fra en bestemt kollega. Arbejdspladsen har været meget behjælpelige og arbejdsgiveren viser utrolig meget hensyn. Og de dage, hvor det går dårligt, snakker C med personalechefen om det.	-Stor opbakning -Arbejdsplads behjælpelig	C har en god kontakt med arbejdspladsen og de viser meget hensyn til hende og hun får lov til at trække lige så stille op.
D	<i>imens du var sygemeldt, havde du så kontakt til din arbejdsplads?</i>	D havde en kontakt med arbejdsgiver og kollegaer og de ringede til D. Men D undlod til sidst at tage den. <i>“ja, det er det der med, der er ikke nogen, der kan forstå, hvorfor man har det som man har det. man ser jo heller ikke syg ud.”</i> D ignorerede sine kollegaer til sidst for at undgå hele tiden at skulle forklare sig.	-ignorerede bevidst chef og kollegaer	D ville ikke have kontakt med arbejdspladsen. Og fik det værre ved at snakke med dem fordi D ikke ville lægge sin energi i at skulle forklare sig. Og høre på, hvad D skulle gøre.

Gruppedynamik

Forsknings spørgsmål: Hvilke andre elementer har haft positiv/negativ indflydelse på informanten tilbagevenden til arbejdet?

Informant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<i>Fik i et godt sammenhold på kurset?</i>	Det gjorde de.	-Fik noget ud af sammenholdet	A synes, hun fik noget godt ud af sammenholdet. Men nævnte ikke hvad hun specifikt fik ud af det.
B	<i>Kurset du har været på med de andre. Har det givet dig noget at det har været i en gruppe? Med andre der også har.. har haft lignende eller hvad er eller bare i lignende situation?</i>	B ville hellere have haft et individuelt forløb, da B synes målgruppen var for bred. B syntes der var for mange ældre, hun ikke kunne forholde sig til dem eller sparre med dem, fordi deres mål var for forskellige - B ville gerne tilbage på arbejdet, hvor nogle var pensionister og førtidspensionister, som havde helt andre mål.	-Foretræk individuelle forløb -Målgruppen for bred	B fik ikke noget ud af kurset, målgruppen var bred aldersmæssigt, da deres mål ikke var de samme.
C	<i>Hva så.. Så fik du det her tilbud... Har du eller fået noget.. Altså noget psykologhjælp undervejs eller medicin?</i>	Det hold C gik på, har givet hende meget. <i>“Jeg tror mere det at møde nogle af de andre på kurset og snakke med dem om hvordan de håndterede det. Det gav mig altså også meget. At snakke med de andre kursister, ja det gjorde det.”</i>	-Fået meget ud af holdet -mødt og snakket med andre kursister	C har sparret med andre fra holdet og det hjalp hende meget at snakke med nogle, der var i en lignende situation.
D	<i>Tror du kursus var medvirkende du kom tilbage til arbejdet?</i>	<i>“for det var faktisk rigtig uhyggeligt at se de andre havde det meget værre end jeg havde, de græd og det var svært at håndtere .”</i> I starten (første gang) var skræmmende til at starte med - der var mange, der havde det værre end	-Første møde var skræmmende -Fik god sparring med én person -Nogle fyldte for meget i timerne	Første mødegang på kurset var en dårlig oplevelse, da han følte at de andre havde det værre end ham selv. D blev tildels tilfreds med holdet. Der burde dog være en grænse for, hvor meget taletid den enkelte havde i fælles forum. Snakkede kun med én person.

		ham selv. D synes første dag var hård og kan godt forstå nogle hoppede fra. Men D blev og havde rigtig god sparring med sidemanden. Ellers var der nogle personer, der fyldte for meget på holdet, der har en negativ for ham, fordi udbyttet af timen var mindre.		
D	<i>så synes du, der var for stor forskel imellem jer iht hvor i hver især var?</i>	Der var stor forskel mellem deltagerne på holdet, men D tror ikke, det kunne gøres anderledes. Og i og med den store forskel på deltageres sygdomme gik der længere tid, før man lærte de forskellige at kende.	-Stor forskel på deltagerne -Længere tid før der blev et sammenhold	Målgruppen var for bred og det havde derfor ikke den store positive påvirkning på D, at de var et hold. Sammenholdet tog længere tid at få opbygget på holdet pga den brede målgruppe.
D	<i>men har det så givet dig noget alligevel at man var i samme situation?</i>	Det gav D noget at snakke med sidemanden. Sidemanden var god til at lytte, selvom det ikke var samme problemer de havde. <i>“Jeg tror også det er godt at se, man ikke er alene. selvom det er skidt at se, der er mange, der har det, så er det hurtigt godt, at man ikke er alene”</i> .	-Sidemanden var god at snakke med -Godt at man ikke er alene	D snakkede godt med én person og åbnede sig kun op overfor denne. Det var godt for D at se, andre havde samme problemer som ham selv og at han ikke var alene.

Kursets længde

Forskningsspørgsmål: Har kurset været fyldestgørende nok for informanten?

Informant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<i>du ville gerne have haft kurset havde været</i>	A ville gerne have kurset havde været længere og at det havde været mere	-Ønskede længere forløb -Flere kreative fag som	A synes godt, der må være flere fag på kurset, hvor man er fysisk aktive også i undervisningen. Det kan

	<i>endnu længere, hvis det var. Så du følte, det var for kort?</i>	kreativt. A ville især gerne have haft madlavning.	madlavning	vurderes, som hendes tilstand har haft en indvirkning.
B	<i>har det her kursus, synes du det var tilpas, tilpas lang eller kunne det have været længere eller kortere?</i>	B synes kurset var for lang og der var for meget information og timerne var for lange	-Kurset var for lang -For mange informationer -timerne var for lange	B synes længden på kurset var for langt. Og selve timerne var for lange og undervisningen havde for megen information. Det kan vurderes, om hun var for depressiv til at komme på forløbet
C	<i>Hvis du ser tilbage på det her forløb du har været igennem... Tænker du så at kurset skulle have været længere eller kortere eller tænker du det var umiddelbart passende?</i>	C synes kurset kunne have været længere for at kunne fordybe sig mere i nogle emner. C havde et forslag:” i stedet for det blev en præsentation kort. Så... At man kunne nå at fordybe sig noget mere i det.” Når de fik opgaver, de kunne lave derhjemme, hvis de havde overskud, så magtede hun det ikke. Og det er C træt af, hun ikke kunne overskue. For C ville gerne og tror derfor, hvis de havde mere tid deroppe, ville de få mere ud af det.	-Kurset kunne have været længere -Forslag til fordybelse i timerne -Kunne ikke overskue hjemmeopgaver	C ville gerne have kurset varede længere for at opnå et større udbytte af kurset ved at fordybe sig mere i tingene. C havde ikke overskud til at lave noget derhjemme.
D	<i>iht længden på kurset, skulle det have været kortere eller længere eller var det passende?</i>	D synes kurset skulle have været noget længere for at kunne uddybe tingene noget mere. Grunden til D følte der ikke var stort nok udbytte af timerne, var fordi enkelte deltagere brugte tid til at fortælle om deres problemer. det var måske kun 2x3 timer mere.	-Kurset skulle have været længere -Uddybe tingene i timerne -Flere snakkede for meget i undervisningen	D havde behov for et længere forløb, da flere timer blev brugt på enkelte personer skulle ytre sig i stedet for at få ordentlig udbytte af den egentlige dagsorden.

Tidligere start på tilbuddet

Forskningsspørgsmål: Hvordan oplever informanten betydningen af at der sættes hurtigt ind - med kurset?

Informant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<i>Et halvt år alligevel, kunne du mærke... havde du brug for at komme i gang noget før? Hvordan kan det være, det gik så lang tid?</i>	- Efter indlæggelse på sygehus kom A hjem igen og der gik i 4 mdr, før hun startede på kurset - A synes tiden var passende, da hun ikke var klar før.	-gik 4 mdr efter indlæggelse startede A på kurset -tiden var rigtigt for hende	A var så langt nede, at A ikke ville have fået noget ud af en tidlig behandling, da hun på daværende tidspunkt var svært deprimeret.
B	<i>det tidsrum var det okay, synes du? Eller var det for (sætning...)</i>	- B synes der gik for lang tid fra B fik konstateret depression til hun kom på kurset - fire mdr synes B er lang tid at gå og vente, når man er deprimeret	-Ventede i 4 mdr -B syntes var gik for lang tid	Tidligere start på kurset ville have hjulpet, da B havde brug for at komme i gang. Hun ventede for længe.
C	<i>Så går det ikke andet end faktisk.</i>	- C kontakter selv læge og sundhedscenter og er så heldig at få en plads på holdet nogle uger senere, da der var en plads på det næste hold	-Tog selv kontakt til læge og sundhedscenter -Kom hurtigt på kurset	Informant C har været heldig at starte tidligt, som virker til at være positivt.
D	<i>kan du huske hvor lang tid der gik imellem... altså mellem du blev sygemeldt og det kursus? Og der gik lang tid eller sådan?</i>	- D var på et mindfulness kursus før, men hvis D ikke havde været til det, synes D, at der gik lidt tid før han kom på kurset.	-Fulgte mindfulness kursus inden -Ellers var der gået for lang tid	En tidlig indsats er en god ide, da der ikke må gå for lang tid.

Opfølgning

Forskningsspørgsmål: Har kurset været fyldestgørende nok for informanten?

Informant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<i>og her bagefter kunne du måske godt have brug for lidt mere... ?</i>	A kunne godt bruge en form for træning eller undervisning bagefter. <i>“få anbefalet noget, hvor man gik til sammen et andet sted.”</i> A følte, det sluttede lidt brat	-Kunne godt bruge mere træning, da kurset sluttede	A ville gerne have mere opfølgning med fokus på sammenhold. Forslag til efterfølgende hold, så kan man snakkes sammen på holdet og måske følges efter kursets afslutning.
B	<i>så du synes det har været okay, den måde det har... den måde det er stoppet på?</i>	B kunne fortsætte med samtaler ved en psykoterapeut bagefter. Man kan også komme på mindfulness og yoga bagefter. Men de kunne godt bruge DGI huset som tilbud	-Ønsker flere samtaler med psykoterapi -Mere mindfulness og yoga -Gør brug af DGI-huset	B fortæller om mulige efterfølgende ting man kan efter kurset. Evt. et samarbejde med nærliggende eksterne samarbejdspartnere, f.eks. DGI-huset.
D	<i>oplevede du efter kursetsafslutning, der var noget, du havde brug for? fx noget opfølgning af noget eller noget</i>	D syntes det var godt, når man får en snak nogle måneder efter kursets afslutning. <i>“men det savner jeg nok lidt med en opfølgning.”</i> (D, s. 8). D kunne godt have brug for opfølgende samtaler, når D er mere af stille sind i holdtimerne. Andre kunne have godt af mere opfølgning end D, da D selv træner meget.	-Synes godt om samtalerne efter kursets afslutning -Kunne godt bruge mere opfølgning -Andre på holdet kunne godt bruge mere træning	Tildels ville en opfølgning være godt. D har brug for det, nu når han ikk er typen der snakker meget i åbent forum. Andre på holdet kan have godt at efterfølgende opfølgning med træning, men det har D ikke. Han træner meget selv.

SOC

Begribelighed

Forskningsspørgsmål: Hvordan kan den forståelse, informanten har opnået gennem kurset, være med til at hjælpe informanten fremadrettet?

Informant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<p><i>har kurset været med til at give dig en bedre forståelse af, hvorfor du har været, ja stresset og deprimeret?</i></p> <p><i>- kan det være med til at hjælpe dig fremadrettet?</i></p>	<p><i>“ ja, det kan det helt sikkert. Det kan hjælpe til at sætte ord på de kriser, jeg har været igennem.” (A, s. 7). A har både været gal og frustreret, hvor kurset har hjulpet med at sætte ord og og give en forståelse for A’s situation.</i></p> <p>A kan bruge det fremadrettet</p>	<p>-Kurset har givet en bedre forståelse</p> <p>-Kan nu sætte ord på situationen</p>	<p>A har fået en forståelse for egen situation samt kan sætte ord på egen tilstand.</p> <p>Og det er redskaber A kan bruge fremadrettet.</p>
B	<p><i>Lige her sidste del af interviewet, der vil vi godt høre dig om, om det her tilbud har givet dig en større, større forståelse af hvorfor du har, eller er deprimeret?</i></p> <p><i>-Og det er noget der kan hjælpe dig fremadrettet?</i></p>	<p>B har fået meget ud af kurset. B er ikke bange for at fortælle om sin sygdom mere. <i>“Det kunne jeg også godt førhen, men nu siger jeg bare uden jeg bliver ked af det, uden jeg sku skamme mig, uden jeg skal få skyldfølelse. Jeg kan bare sige det, sådan er det bare.”</i></p> <p>B kan bruge det fremadrettet.</p>	<p>-Fået meget ud af kurset</p> <p>-Kan nu fortælle om sin sygdom</p> <p>-Kan bruge det fremadrettet</p>	<p>B har fået en forståelse for sin sygdom og kan dermed fortælle om den overfor andre uden at skulle være flov. Det er redskaber B kan bruge fremadrettet.</p>
C	<p><i>Har kurset været med til at give dig en større forståelse af hvorfor du</i></p>	<p>Det har givet C en del. <i>“... det gav mig en større forståelse af hvad der sker og især hvad der sker med min</i></p>	<p>-Har givet en større forståelse</p> <p>-Ved hvad der sker med</p>	<p>C har fået en forståelse for egen tilstand, hvordan det fungerer oppe i hjernen og i kroppen. Hun kan nu forklarer sin tilstand til arbejdspladsen og andre.</p>

	<p><i>er blevet stresset?</i></p>	<p><i>hjerne. Ja, og hvorfor jeg faktisk kommer tilbage til arbejde og har... Har nogle nedsatte kognitive funktioner i forhold til overblik og struktur og stressbarhed .”</i></p> <p>Det har ligeledes hjulpet C til at sætte ord på, hvordan hun har det og argumenter for det overfor arbejdspladsen</p>	<p>kroppen og hjernen</p> <p>-Kan sætte ord på hendes tilstand også overfor arbejdspladsen</p>	
D	<p><i>Så har kurset været med til at give dig en større forståelse af hvorfor du har været deprimeret?</i></p> <p><i>Er det noget du kan bruge fremadrettet også?</i></p>	<p>ja, det har det. Det er det med, at man finder ud af, hvad der sker med kroppen, som er med til, D har opnået en større forståelse af sin tilstand. Og med mindfulness får man en indsigt i, hvad der sker med kroppen, når man begynder at stresse.</p> <p>D kan bruge det fremadrettet. <i>“Der er ingen tvivl om at det er godt, men det er svært at huske at få det med ind i dagligdagen.”</i></p> <p>D problemstilling er dog at huske at lave øvelserne i hverdagen. Men er begyndt er bruge mindfulness på lydbånd på mobilen igen, fordi D er startet i nyt job.</p>	<p>-Har fået en større forståelse</p> <p>-Ved hvad der sker med kroppen</p> <p>-Kan bruge det fremadrettet</p> <p>-Har problemer med at huske at lave øvelserne</p>	<p>D har fået en større forståelse af sin tilstand ved at medvirke i kurset. D har fået en forståelse for hvorfor ens krop reagerer, som den gør, når man stresser og hvilke værktøjer D kan bruge for at undgå, man stresser.</p> <p>D kan bruge det fremadrettet, men D kan godt glemme at bruge værktøjerne i hverdagen. Men D kan mærke, at kroppen begynder at stresse igen, grundt nyt job, hvorved D foretager mindfulnessøvelser.</p>

Håndterbarhed

Forskningsspørgsmål: Har kurset bidraget til, at informanten har fået ressourcer til at håndtere hverdagens krav?

Informant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<i>Har kursets indhold, det det har indeholdt det været med til du har kunnet håndtere situationer i hverdagen, som du førhen havde sværere ved?</i>	Kurset har været med til at A kan håndtere situationer i hverdagen. Fx når A tænker på tragiske oplevelser, så ligger A sig ned og laver åndedrætsøvelser og mediterer.	-Kan bedre håndtere situationer i hverdagen	A har fået redskaber til at håndtere tidligere tragiske oplevelser, som kan gøre A har nemmere ved at komme igennem hverdagen. A bruger f.eks. meditation og åndedrætsøvelser.
B	<i>Hvad hedder det, kursets indhold, har det været med til at gøre sådan at du kunne håndtere hverdagen bedre end førhen?</i>	B kan bedre håndtere hverdagen efter kurset. B får ikke så mange angstanfald og kan strukturere hverdagen bedre, hvor B før kunne sætte sig hen foran fjernsynet og græde. <i>“ja det synes jeg. I stedet for bare at gå derhjemme og leve i uvished, så får jeg nogle redskaber som jeg inddrager til dagligt.”</i>	-Kan bedre håndtere hverdagen efter kurset	B kan nemmere håndtere hverdagen ved hjælp af redskaber, B har fået på kurset. B kan dog ikke nævne specifikke redskaber her, det er mere overordnet forståelse af egen tilstand og derigennem bedre at kunne håndtere bl.a. angstanfald og strukturere hverdagen.
C	<i>Og hvad med kursets indhold. Har det været med til at du bedre kan håndtere nogle situationer i hverdagen som førhen var svære?</i>	C har fået mest ud af mindfulness til at kunne håndtere hverdagen bedre. Men kan generelt bedre håndtere hverdagen.	-Kan bedre håndtere hverdagen	C kan bedre håndtere hverdagen især vha. mindfulness øvelser.
D	<i>Har kurset været med til at du i højere grad kan håndtere de situationer i din</i>	D er blevet bedre til at sige fra og når det han kan nå og presser eller påtager sig ikke mere, end det D kan. D bruger redskaber fra kurset i dag.	-Er blevet bedre til at sige fra	D's bedre forståelse for sig selv har gjort, D bedre kan håndtere arbejdsbyrden.

	<i>hverdag som du førhen har haft svært ved?</i>			
A	<i>havde kurset været med til du kunne prioritere bedre i din hverdag eller prioritere, hvad der var vigtigt for dig?</i>	A er blevet bedre til at vurdere, hvad der giver mening af skulle bruge tid på eller hvad der ikke er lige så vigtigt "Jeg er også blevet bedre til at smide de negative ting til side og blive mere positiv." Den er måden A tænker på, det er forandret.	-Blevet bedre til at vurdere, hvad hun skal bruge tiden på -Hendes måde at tænke på er forandret	A kan håndtere hverdagens stressorer ved at prioritere, hvad der er mere vigtigt end andet. Og lader sig ikke stresse over det i samme grad som før.
B	<i>Har kurset været med til at du kunne prioritere dagens opgaver bedre?</i>	B er blevet bedre til at "lægge" ting væk, hvis det hele bliver for meget. Der kan få en hel dag nu, hvor B hverken bliver ked af det, stresset eller gal.	-Blevet bedre til at ligge tingene fra sig	B er blevet bedre til at prioritere, hvilke opgaver der er vigtigere end andre samt hvilke B bør håndtere/tage stilling til før andre.
D	<i>Har kurset været med til at du bedre kan prioritere sådan hverdagens opgaver? Sådan hvad du skal planlægge og prioritere i dagligdagen?</i>	For D er det svært, når det er chefen, der skal tage stilling til, hvad D skal lave.	-Det er svært når chefen tager beslutningerne	D ser det kun i relation til arbejde og har svært ved at prioritere, når det ikke er én selv, der stiller kravene eller prioriteringerne.

Meningsfuldhed

Forskningsspørgsmål: Har en involvering i kurset været med til at skabe større meningsfuldhed hos informanten?

Informant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<i>følte du selve, du var engageret i forløbet og</i>	A følte sig meget engageret og ville rigtig gerne det sociale. og det følte A	-Følte sig engageret -Ville gerne være social	A var meget positiv over for kursets indhold og det sociale. Det var kun på baggrund af at få det bedre.

	<i>i kurset?</i>	også de andre ville.		
B	<i>følte du, du var engageret i undervisningen og til træningen?</i>	B misforstår lidt spørgsmålet og fortæller hun var meget vred i starten og fik ikke meget ud af det der.	-Var vred i starten	B fik ikke meget ud af forløbet til at starte med, fordi B var vred. Det er dog ikke sikkert, B har forstået spørgsmålet til fulde, hvorfor dette udsagn ikke vil tages med videre i analysen.
C	<i>Følte du at du var engageret i undervisningstimerne?</i>	C udtaler: "Jeg missede ikke en eneste gang, for jeg ville simpelthen have det hele med. Så jeg kunne få de værktøjer der skal til for at kunne hjælpe mig selv videre frem".	-Missede ikke én dag -Ville have det hele med	C ville det rigtig gerne og var 100% engageret til at få værktøjer til at få det bedre.
D	<i>Følte du egentlig, at du var engageret i undervisningstimerne og den træning der var?</i>	D synes selv, D var engageret i timerne. D deltog blandt andet aktivt i timerne.	-Var engageret i timerne	D ville gerne være med i timerne og få det maksimale udbytte ud af det til at få værktøjer med derfra.

Følelsen af sammenhæng

Forskningsspørgsmål: Har kurset bidraget til at informanten har opnået en større grad af SOC?

Informant	Interviewers spørgsmål	Informantens udsagn	Korte sætninger	Tolkning
A	<i>Overordnet har du fået noget ud af, at være med på kurset? Kan du lidt mere fortælle noget omkring, hvad du bruger af redskaber til at få det bedre?</i>	A har fået meget ud af kurset. Og især åndedrætsøvelser og mindfulness.	-Fik meget ud af kurset	A er meget kortfattet, men A synes, hun har fået meget ud af kurset og det er især åndedrætsøvelser og mindfulnessøvelser, der hjælper på at håndtere A's stressorer.
B	<i>har du fået det bedre af</i>	B har fået meget ud af at deltage på	-Har fået meget ud af	B har fået meget ud af at deltage i kurset. Det er

	<p><i>at have deltaget på kurset? Hvad har gjort du har fået det bedre?</i></p>	<p>kurset. B udtaler: "Det er fordi, det redskaber jeg har fået gennem undervisningen. De har været rigtig godt. Hvordan kan man håndtere sin angst, hvordan kan man depression,... Hvordan kan jeg lære at leve med stress og hvordan kan jeg undgå at blive stresset og alt det her. Det hænger jo sammen, alt sammen. ... Og hvordan kan jeg ændre min kost, alt det. Hvordan kan jeg ændre det hele."</p>	<p>kurset -Har fået redskaber til at håndtere sin angst og depression</p>	<p>blevet nemmere at tackle hverdagen, når B har fået en forståelse for sin tilstand. Kan bedre håndtere og prioritere sin angst, depression og stressende situationer.</p>
C	<p><i>har du fået det bedre efter du har deltaget på det her kursus?</i></p>	<p>C udtaler: " Jeg har fået noget mere overskud og jeg tror især at det der med at lære at komme ned i stressniveau og finde ud af hvad er det der sker i min krop og hvorfor sker det. Jeg behøver ikke gå at være bange for de der symptomer. Og det har det hjulpet mig... At vide de ting."</p>	<p>-Fået mere overskud -Lære at komme ned i stressniveau -Er ikke bange for symptomer mere</p>	<p>C har fået mere overskud og har fået værktøjer til at håndtere sit stressniveau. Ligeledes har hun fået forståelse for sin tilstand og skal ikke være nervøs for kropslige reaktioner.</p>
D	<p><i>Ja, det har vi også været lidt inde på. Om du har fået det bedre efter deltagelse på kurset.</i></p>	<p>D har fået noget ud af kurset, men synes spørgsmålet er lidt svært at svare på, da der er mange faktorer, der har påvirket.</p>	<p>-Har fået noget ud af kurset -Lidt svært at svare på mange så mange faktorer, der spiller ind</p>	<p>D synes kurset påvirker til, at D har fået det bedre. Men der er andre ting udover kurset, der har været medvirkende til, D har fået det bedre. Det er igen jobbet der har haft positiv indflydelse.</p>

Bilag 7: Dataanalyse

Fase 1	Selvforståelse
Trin 1:	Hele fokusgruppeinterviewet læses igennem ud fra transskriberingen, således der opnås en helhedsforståelse.
Trin 2:	Lange sætninger samles i korte formuleringer uden budskabet ændres.
Trin 3:	De korte formuleringer samles i temaer, hvor essensen trækkes ud af.
Trin 4:	Der stilles spørgsmål til meningsenhederne ud fra undersøgelsens formål.
Trin 5:	De væsentligste temaer i interviewet samles til en helhed.
Fase 2	Kritisk common sense – forståelse
	Delene i interviewene er nu blevet til en helhed, hvorefter der i del to lægges en kritisk common - sense - forståelse ned over interviewpersonernes egne. Gennem kritisk common sense - forståelse vil omfatte en bredere forståelsesramme end informanternes, således der vil blive forstærket og fortolket udsagn ved at inddrage almen viden om indholdet af udsagnene.
Fase 3	Teoretisk forståelse
	I del tre lægges en teoretisk ramme til fortolkning af meningen ned over udsagnene, her vil projektet inddrage relevant teori og forskningsartikler fra litteraturstudiet i fortolkning heraf.

Kilde: Egen tilvirkning

Bilag 8: Guidelines

Elementer	Fokusområde	Tiltag	Eksempler
Faglige elementer	Fysisk aktivitet og selvhjælpsøvelser	Mindfulness Meditation Gåture Andre former for fysisk aktivitet	-Kom i dybden og afsæt flere lektioner pr. øvelse/aktivitet -Færre øvelser/aktivitet -Flere gåture samt inddrage andre aktiviteter
	Undervisning	Psykoterapi Generel viden om stress og depression Forståelse for tilstandene	-Kom i dybden og afsæt flere lektioner pr. emne -Færre emner - Inddrag pårørende ved udvalgt undervisning
Andre elementer	Relationer	Kontakt og støtte fra arbejdsgiver	-Individuel tilpasning ved indledende samtale -Skabe/forbedre kontakten til arbejdsgiver vha. fagfolk -Forventningsafstemning med arbejdspladsen
		Støtte fra pårørende	-Individuel tilpasning ved indledende samtale -Inddrag pårørende ved udvalgt undervisning
		Gruppedynamik	-Fokus på gruppedynamikken
	Tidsaspektet	Tidlig opstart	-Fokus på tidlig start på tilbuddet -Tjek psykisk tilstand i indledende samtale
		Opfølgning	-Fagfolk formidler aktuelle tilbud -Skabe kontakt til samarbejdspartnere -Fasthold tillærte redskaber - Bevar kontakt til andre deltagere