

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet

– en analyse fra syv kommuner



COWI



COWI A/S

Parallevej 2
2800 Kongens Lyngby

Telefon 45 97 22 11
Telefax 45 97 22 12
www.cowi.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Bedre koordination mellem
sundheds- og
beskæftigelsesområdet

Marts 2010

Indholdsfortegnelse

1	Sammenfatning	3
1.1	Formål med analysen	3
1.2	Materiale og metode	3
1.3	Hvorfor er koordinationen mellem beskæftigelses- og sundhedsindsatsen vigtig?	4
1.4	Sygedagpengemodtagerne	4
1.5	Hvilke sygedagpengemodtagere har særlig brug for koordination?	6
1.6	Hvem er aktørerne?	6
1.7	Hvilke barrierer er der for effektiv koordination?	7
1.8	Ideer og forslag til styrket koordination	8
1.9	Konklusion	11
2	Formål og metode	13
2.1	Analysens formål	13
2.2	Koordinering er nødvendig	14
2.3	Analysens materiale og metoder	16
2.4	Analysens opbygning	17
3	Aktørerne og koordineringen: barrierer og løsninger	18
3.1	Karakteristik af typiske aktører og de typiske barrierer og muligheder	18
3.2	Det interne samarbejde i kommunen: barrierer og muligheder	22
3.3	Forslag til bedre indsatser	25
3.4	Samarbejde mellem regioner og kommuner	27
3.5	Sammenfatning	30
4	Hvad kan styrke koordinationen mellem beskæftigelses- og sundhedsområdet i praksis - ideer og praktiske eksempler?	32
4.1	Effektiv koordination - hvad skal der til?	32
4.2	De næste skridt	40

5	Sygedagpengemodtagernes perspektiv	42
5.1	Metode og materiale	43
5.2	Helbredsproblemer blandt sygedagpengemodtagerne	44
5.3	Kontakt til arbejdsgiver	52
5.4	Samspillet - koordinationen mellem beskæftigelses- og sundhedsindsatsen	55
5.5	Sygedagpengemodtagernes forslag til forbedringer af koordinationen	62
5.6	Kontakt til jobcenter	64
5.7	Kontakt til sundhedsvæsen	68
5.8	Sygedagpengemodtagernes profil	69
5.9	Sammenfatning	72
	Bilag 1 Nøgletal for de medvirkende kommuner	75
	Bilag 2 Oversigt over interviewpersoner	78

1 Sammenfatning

1.1 Formål med analysen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet ønsker en analyse, der kan afdække, hvorledes indsatserne i beskæftigelses- og sundhedssystemet kan koordineres bedre, og hvordan den kommunale forebyggelses-, rehabiliterings- og beskæftigelsesindsats kan sammentænkes.

Analysen skal ses i forlængelse af regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet fra 2008 og trepartsaftalen fra 2008 om nedbringelse af sygefravær. Handlingsplanen er senere udmøntet i en række ændringer af sygedagpengeloven i 2009.

1.2 Materiale og metode

Analysen er gennemført af COWI mellem juni og december 2009. Den bygger på interviews med centrale aktører internt i kommunerne, dvs. medarbejdere fra beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet i syv kommuner samt eksterne aktører (se oversigt i kapitel 2). De interne interviews er typisk gennemført med jobcenterchefer, ledere af sygedagpengedelingen, socialchefer, sundhedschefer eller ledere af sundhedscentret og forskellige medarbejdere inden for sundhedsområdet, genoptræning, revalidering mv. De eksterne interviews er gennemført med chefer i regionerne med ansvar for samarbejde med kommunerne og den primære sundhedstjeneste og fagpersoner fra sygehuse.

Med henblik på at få klarlagt sygedagpengemodtagernes vurdering af koordineringen er der i seks af de syv kommuner gennemført en spørgeskemaundersøgelse med deltagelse af i alt 1.200 sygedagpengemodtagere.

Resultater fra interviews og spørgeskemaundersøgelsen er drøftet på en workshop for kommunerne og styregruppen for analysen. I styregruppen har Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Finansministeriet, Arbejdsmarkedsstyrelsen, Sundhedsstyrelsen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner været repræsenteret.

1.3 Hvorfor er koordinationen mellem beskæftigelses- og sundhedsindsatsen vigtig?

Ved koordination forstås i denne analyse et systematisk samarbejde mellem en række aktører, der er bygget op om indsatser med klare mål og et konkret indhold, så der er fælles forståelse hos alle aktører af formålet med og vilkårene for samarbejdet samt den enkelte aktørs rolle.

Effektiv koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet øger mulighederne for at reducere sygefraværet og sikre borgerne et sammenhængende forløb med det bedst mulige resultat.

Set fra et økonomisk synspunkt kan effektiv koordination optimere ressourceforbruget både i kommunen og i det regionale sundhedsvæsen. Evalueringer¹ viser, at en tværfaglig og koordineret indsats kan forkorte fraværet.

Effektiv koordination er aktuelt på dette område en særlig udfordring, fordi:

- Der er mange aktører på banen, og flere har fået nye opgaver.
- Aktørerne kommer fra flere sektorer (kommuner, regioner, stat, virksomheder, organisationer) og fra flere fag (sundhed, beskæftigelse og socialområdet). Hver sektor har sin kultur, organisation og arbejdsgange.
- Nogle af aktørerne er nye: det gælder f.eks. de kommunale sundhedsaktører og de private aktører, der er i gang med at udvikle indsatser i forhold til sygedagpengemodtagere.
- Aktørerne kan have forskellige mål med indsatserne: beskæftigelsesområdet har fokus på tidlig tilbagevenden til arbejde, sundhedsområdet på behandling og genoptræning.

1.4 Sygedagpengemodtagerne

COWI har gennemført en spørgeskemaundersøgelse, der omfatter 1.200 sygedagpengemodtagere i seks af de syv deltagende kommuner for at belyse sygedagpengemodtagernes erfaringer og vurderinger af samspillet mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet.

¹ Se f.eks. 1) Viden om sygefravær. Beskæftigelsesregionerne i Danmark, november 2008. 2) Århus Kommunes koordinerede genoptrænings- og sygedagpengeprojekt. Ortopædisk Genoptræningscenter, Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg. Magistratsafdelingen for Sociale Forhold og Beskæftigelse. Maj 2009. 3) Kilsgaard J. Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længevarende smertegener fra bevægeapparat. Syddansk Universitet, Arbejdsmiljøinstituttet, Vejle Amt. 2006.

Undersøgelsen viser, at:

- Halvdelen (49 %) af sygedagpengemodtagerne i undersøgelsen vurderer samspillet mellem de parter, der har været involveret i deres sygemelding, som meget godt eller godt. 12 procent vurderer det som dårligt eller meget dårligt.
- Mest positiv er vurderingen blandt de sygemeldte med almindeligt forekommende sygdomme (som hjertekarsygdom, diabetes og bronkitis), og blandt de sygemeldte, der alene har psykiske problemer. Mindst positiv er vurderingen blandt de sygemeldte, der både har sygdomme i bevægeapparatet og psykiske problemer.
- Tilfredsheden med samspillet mellem parterne er størst med hensyn til de forskellige parters lydhørhed og information. Mindst enighed er der om, at den samlede indsats har forbedret mulighederne for at vende tilbage til arbejdet, og om, at alle parter har udvekslet de nødvendige informationer i deres sag.
- 68 procent af sygedagpengemodtagerne mener, at der har været en person, der har taget særligt ansvar for, at deres forløb er blevet sammenhængende og godt. Specielt sagsbehandlere i jobcenteret og de sygemeldtes egen læge har haft denne funktion.
- 13 procent af de sygemeldte mener, at nogle af parterne i deres forløb har modarbejdet hinanden. Specielt sygemeldte med både sygdom i bevægeapparatet og psykiske problemer mener, at det har været tilfældet.
- 7 procent af de sygemeldte peger på, at der er behov for bedre kommunikation og samarbejde mellem parterne. 6 % peger på, at der er behov for større empati, støtte og lydhørhed og/eller en kontaktperson med ansvar for det samlede forløb, og 4 % peger på, at der er behov for kortere og hurtigere forløb og en hurtigere indsats.
- 33 procent af de sygemeldte har haft en rundbordssamtale med deltagelse af f.eks. jobcenter, arbejdsgiver, læge og psykolog i løbet af sygemeldingen. Det er især en del af de sygemeldte med både sygdom i bevægeapparatet og psykiske problemer, der har deltaget (46 %).
- Der er flere blandt de sygemeldte, der har deltaget i en rundbordssamtale, der vurderer samspillet mellem beskæftigelses- og sundhedsindsatsen som positivt end blandt sygemeldte, som ikke har deltaget i en sådan samtale.

En mere omfattende multivariat statistisk analyse viser, at sygedagpengemodtagere med mange psykiske problemer og sygedagpengemodtagere med bevægeapparatproblemer i særlig grad finder, at koordinationen af deres sygedagpengeforløb har været dårligt.

Sygedagpengemodtagere, der har deltaget i rundbordssamtale, har fået god vejledning i jobcentret, eller som har fået tilbudt forskellige sundhedsydelser - ty-

pisk i form af sundhedsfremmetilbud - finder, at koordinationen har fungeret godt i deres sager.

1.5 Hvilke sygedagpengemodtagere har særlig brug for koordination?

Langt de fleste sygedagpengesager har et ukompliceret forløb og forudsætter ingen omfattende koordineringsindsats. Sygdomsforløbet er kort og forudsigeligt. Sundhedsvæsenets behandlingsindsats er afklaret, og den sygemeldte kan hurtigt vende tilbage til arbejde.

Andre forløb kan være langvarige, men alligevel med et forholdsvis forudsigeligt forløb i forhold til tilbagevenden til arbejde eller ophør på arbejdsmarkedet. Det gælder f.eks. de udbredte sygdomme som hjertekarsygdomme, diabetes og kræft. Typisk vil behandlingsforløbet i sundhedsvæsenet være relativt afklaret, selvom det selvfølgelig er afhængigt af selve sygdomsforløbet.

Der er særlig behov for koordination, når sygefraværet kan medføre en varig svækkelse af borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet. Mange sygedagpengemodtagere har et diffust sygdomsbillede med både fysiske og psykiske komponenter, som påvirker deres arbejdsevne på arbejdsmarkedet. En større gruppe af borgere med kort eller ingen uddannelse befinder sig i denne gruppe.

COWIs spørgeskemaundersøgelse viser, at ca. halvdelen har bevægeapparatssymptomer og -sygdomme. Psykiske problemer som stress, depression, angst og lignende nævnes af mere end hver tredje, og herefter følger sygdomme som kræft (10 %), hjertekarsygdomme (9 %) og migræne (8 %). Interviewene med aktørerne viser, at der ikke i særlig stor udstrækning er etablerede samarbejdsstrukturer for borgere med bevægeapparatsslidelser og/eller psykiske problemstillinger. Derfor er koordinationsudfordringen særlig stor her.

1.6 Hvem er aktørerne?

De centrale aktører på sygedagpengeområdet er:

- Aktører internt i kommunen inden for hhv. sundheds-, beskæftigelses- og socialområdet
- Regionale aktører inden for sundhedsområdet.

De centrale aktørers roller kan kort beskrives således:

Kommunerne

Kommunerne har ansvar for de borgernære ydelser, f.eks. genoptræning, forebyggelse og sundhedsfremme, beskæftigelsesfremme og social støtte.

Jobcentrene skal udbetale sygedagpenge og følge op over for den enkelte borger med henblik på hurtigst muligt at vende tilbage til arbejde. Som et

led i opfølgningen skal jobcentrene koordinere indsatsen med f.eks. arbejdspladsen, den praktiserende læge eller sygehuset.

De kommunale sundhedscentre, sundheds- og genoptræningsafdelinger har fokus på forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning af kommunens borgere efter udskrivning fra sygehus.

Det sociale område leverer ydelser inden for bl.a. misbrugsområdet, socialpsykiatri og hjælpemidler.

Regionerne

Regionerne har ansvaret for behandling og diagnosticering hos de praktiserende læger, speciallæger og i sygehusvæsenet. Samarbejdet mellem region og kommune reguleres via sundhedsaftalerne.

Praktiserende læger

Den praktiserende læge skal udrede borgerens lidelse, iværksætte behandling eller henvise til udredning og behandling andetsteds. I forhold til sygedagpengemodtagere skal lægerne vurdere behovet for og længden af sygdommelding samt muligheder for tilbagevenden til arbejde.

Praksiskonsulenten er en praktiserende læge, der fungerer som bindeled mellem kommunen og de praktiserende læger i den pågældende kommune.

Sygehusene

Sygehusene har ansvar for udredning, behandling og vurdering af behov for genoptræning. Det er også sygehusenes opgave at udarbejde en plan for genoptræning efter udskrivelse.

Også på sygehusområdet er der praksiskonsulenter, hvor en praktiserende læge fungerer som bindeled mellem en sygehusafdeling og almen praksis.

1.7 Hvilke barrierer er der for effektiv koordination?

COWIs interview med medarbejdere fra de syv kommuner viser, at de interne barrierer er af organisatorisk, økonomisk og videnskabelig karakter.

De organisatoriske barrierer omfatter:

- Den interne organisering (forvaltninger, 'søjler') i kommunerne
- Manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs i kommunen
- Geografisk afstand
- Manglende tradition for at arbejde på tværs

- Manglende systemiseret samarbejde - præg af tilfældighed.

Der arbejdes mange steder med at opruste det tværgående samarbejde. Det forudsætter ledelsesmæssig og lokalpolitisk opbakning, hvis det skal lykkes.

De videnskæssige barrierer omfatter:

- Manglende indblik i øvrige aktørers viden, kompetencer og udfordringer samt indsatser
- Mangel på fælles sprog og mangel på gensidig forståelse af rammebetingelserne
- Mangel på et fælles elektronisk system
- Begrænset adgang til lægefaglig viden.

De væsentligste videnskæssige barrierer er begrænset kendskab til, hvad de forskellige aktører kan bidrage med hvornår, og hvordan det bedst gøres i praksis.

De økonomiske barrierer omfatter:

- Manglende midler til koordination på tværs
- Forbehold over for at bruge gode, men 'dyre' tilbud.

De eksterne barrierer i forhold til samarbejdspartnere uden for kommunen vedrører især:

- Indirekte og usystematisk dialog
- Manglende koordination af og stort tidsforbrug i forbindelse med speciallægeerklæringer
- Begrænset inddragelse af praktiserende læge
- Manglende fælles elektronisk kommunikationssystem.

1.8 Ideer og forslag til styrket koordination

Vellykket koordination forudsætter, at aktørernes indsatser og roller er afklarede, at den nødvendige vidensdeling om parternes kompetencer, opgaver og handlemuligheder er til stede, og at der er passende kommunikationskanaler mellem aktørerne.

I det følgende præsenteres en række af de ideer og forslag til styrket koordination, som de interviewede aktører har peget på.

Koordination skal prioriteres af ledelsen

Koordination kræver tid og ressourcer. Koordination er derfor en ledelsessag - og ikke alene op til den enkelte sagsbehandler. Interviewpersonerne i COWIs undersøgelse peger på, at direktionen i kommunen og cheferne for beskæftigelses- og sundhedsområdet skal ville koordinationen og skabe de nødvendige rammer for den. Det kan kræve nye organisatoriske løsninger.

Den tidlige tværfaglige afklaring er afgørende

De kommunale medarbejdere peger endvidere på behovet for en Tilbage til arbejde. Denne afklaring vil typisk omfatte flere aktørers medvirken og understreger derfor behovet for koordination.

Flere forsøg med at effektivisere den tidlige afklaring har givet blandede resultater. I forsøgene har flere jobcentre haft tæt samarbejde med arbejdsmedicinske klinikker på regionalt niveau eller med kommunale socialmedicinske enheder med sociallæger. Målttede speciallægeundersøgelser udført af arbejds- og socialmedicinere ser ud til at nedbringe fraværslængden. Effekterne er dog ikke entydige, og de gælder ikke for alle grupper af sygemeldte.

Der er igangsat en række forsøg i kommunerne med Tilbage til arbejde (TTA), hvor der testes forskellige modeller. Resultaterne foreligger først om et par år.

I interviews med de regionale medarbejdere peges der på, at den tidlige tværfaglige afklaring vil kunne styrkes gennem sundhedsaftalerne mellem kommuner og region. Forløbsprogrammer for de store sygdomsgrupper vil kunne bidrage til afklaring ikke mindst af behandlingsforløbene. Aftaler om direkte samarbejde mellem f.eks. psykiatriske afdelinger og neurologiske afdelinger og jobcentrene om vidensdeling, speciallægeerklæringer og fælles møder om sygedagpengesager er andre konkrete muligheder for at styrke koordinationen mellem beskæftigelses- og sundhedsindsatsen.

Koordination med opfølgende sundhedsindsatser til sygedagpengemodtagere

Den tidlige afklaring er vigtig, men den kan sjældent stå alene. For nogle sygedagpengemodtagere er de eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet ikke optimale i forhold til deres behov. Her tænkes ikke på egentlige behandlingstilbud, men på tilbud, der kan styrke sygedagpengemodtagernes handlekompetencer i forhold til deres helbred, og som dermed kan øge deres arbejdsevne og styrke deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

Kommunerne har med sundhedsloven fået ansvar for den borgerrettede forebyggelse og sammen med regionerne ansvaret for patientrettede forebyggelse og genoptræning. I den forbindelse er der udviklet en række tilbud, som vil være relevante for sygedagpengemodtagere, hvilket forudsætter et tæt samarbejde mellem jobcenter og sundhedsområdet i kommunen med henblik på at motivere og henvise sygedagpengemodtagere til disse tilbud. Det vil endvidere være vigtigt, at der samarbejdes om at målrette tilbuddene mest muligt til sygedagpen-

gemodtagerne og den øvrige opfølgende indsats fra jobcentret over for den enkelte sygedagpengemodtager.

Vidensdeling mellem beskæftigelses- og sundhedsområdet er nødvendig for forbedret koordination

Vidensdeling er en dialog mellem ligeværdige parter, der begge er i besiddelse af viden, som den anden part kan drage nytte af. Medarbejdere på beskæftigelsesområdet og i sundhedsvæsenet har forskellige faglige baggrunde og forskellige tilgange til sygedagpengemodtagerne. De har også forskellige roller. Beskæftigelsesområdet har fokus på den enkeltes arbejdsevne på arbejdsmarkedet og på hurtig tilbagevenden til arbejdet. Sundhedsvæsenet har fokus på diagnostik, behandling, genoptræning og sundhedsfremme. Der er derfor behov for løbende at dele viden mellem de to områder med henblik på at sikre systematisk koordination. Ifølge sundhedsloven har regionerne en rådgivningsforpligtelse i forhold til kommunerne på områder, hvor de har særlige kompetencer. Denne forpligtelse kan være både udbuds- og efterspørgselsstyret og finde sted på initiativ såvel af kommunen som regionen. Rådgivningen kan finde sted under mange forskellige former: netværk, temamøder, konsulentbistand, netbaseret rådgivning, undervisning.²

På beskæftigessiden er der brug for mere viden om sådanne problemstillinger:

- Hvad fejler sygedagpengemodtagerne?
- Hvad er prognosen for helbredelse og arbejde i forbindelse med de forskellige helbredsproblemer?
- Er der er aftalt forløbsprogram for de forskellige sygdomsforløb?
- Hvilke særligt sårbare grupper er der blandt sygedagpengemodtagere?
- Hvordan identificerer man disse grupper?
- Hvilke opfølgende tilbud i sundhedsområdet kan jobcentret henvise til med hvilken effekt?
- Hvilke sygedagpengemodtagere vil have glæde af opfølgende tilbud?

På sundhedssiden er det vigtigt med kendskab til temaer som

- De lovgivningsmæssige rammer for sygedagpengeområdet
- Jobcentrets tilbud til de forskellige grupper af sygedagpengemodtagere
- Helbredsmæssige oplysninger, som er særlig relevante for jobcentrene.

² Sundhedsstyrelsen. Regionernes forebyggelsesopgaver - en vejledning til sundhedslovens §119, stk. 3. 2009

- Viden om sammenhæng mellem sygdom/sundhed og arbejdsevne/muligheder.

Effektiv koordination forudsætter passende kommunikationskanaler

Aktørerne peger på behov for videreudvikling af kontakten til de praktiserende læger, en vis specialisering i jobcentret af sager på medarbejdere - f.eks. kræft, arbejdsskadesager, genoptræning efter udskrivelse fra sygehus - for herigennem at styrke samarbejdet med eksterne aktører, på etablering af koordinerende team og endelig på udvikling af fælles it-systemer til eksterne aktører, der sikrer nem udveksling af informationer om sygedagpengesager, herunder telefonlister, kontaktordninger mv., der kan sikre direkte kommunikation mellem sagsbehandler og læge.

1.9 Konklusion

Interviewene med kommunerne og forskellige eksterne aktører understreger behovet for at styrke koordinationen mellem beskæftigelses- og sundhedsområdet både internt i kommunen og eksternt specielt i forhold til regionen. Der peges på en række barrierer af organisatorisk, videnskabsmæssig og økonomisk art samt på behovet for ledelsesmæssig opbakning som forudsætninger for vellykket koordination.

Spørgeskemaundersøgelsen af sygedagpengemodtagere med mindst otte ugers fravær viser, at kun cirka halvdelen finder, at samspillet mellem de forskellige aktører har været godt eller meget godt. Cirka en tredjedel af sygedagpengemodtagerne mener ikke, at der har været en aktør, der har haft særlig ansvar for at sikre et sammenhængende forløb. Det er specielt sygedagpengemodtagere med psykiske problemer og sygedagpengemodtagere med bevægeapparatproblemer, der finder, at koordinationen af deres sygedagpengeforløb har været dårligt.

Sygedagpengemodtagere, der har deltaget i rundbordssamtale, har fået god vejledning i jobcentret, eller som har fået tilbudt forskellige sundhedsydelse - typisk i form af sundhedsfremmetilbud - finder, at koordinationen har fungeret godt i deres sager.

Den **interne koordination inden for kommunen** kan styrkes på flere måder:

- En vis specialisering af sagsbehandlingen på sagstyper med særlig kompleksitet som mulighed til fremme af koordinationen. Specialiseringen kan være i forhold til den enkelte medarbejder eller i form af teams, der varetager særlig sager.
- Samarbejde mellem sundhedsafdelingen eller andre aktører inden for sundhedsområdet og jobcentret om konkrete tilbud med relevans for sygedagpengemodtagere
- Fysisk samplacering på tværs af faggrupper - f.eks. en sagsbehandler fra jobcentret placeret på kommunens genoptræningscenter

- Gensidig kompetenceudvikling inden for beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet.

Koordinationen mellem kommune og region drejer sig om at udbygge samarbejdet med almen praksis og sygehusene. Samarbejdet mellem kommune (sundhedsforvaltning og jobcenter) og almen praksis og sygehuse reguleres gennem sundhedsaftalerne, og det vil kunne styrke koordinationen, hvis næste generation af sundhedsaftaler har direkte fokus på sygedagpengeområdet - blandt andet i forbindelse med forløbsprogrammer. Regionen har endvidere en rådgivningsforpligtigelse på sundhedsområdet i forhold til kommunerne, som med fordel kan bringes i anvendelse på sygedagpengeområdet.

Af temaer, der kan indgå i sundhedsaftalerne, kan peges på:

- 1 Vidensdeling og gensidig kompetenceudvikling - blandt andet som led i regionernes rådgivningsforpligtigelse over for kommunerne
- 2 Procedurer for samordning af beskæftigelses- og behandlingsindsatsen i konkrete patientforløb - evt. i form af fælles konferencer
- 3 Samarbejde mellem kommune og sygehus om hurtigere udredning og diagnosticering samt udfærdigelse af speciallægeerklæringer på sygehuse/ambulatorier
- 4 Styrkelse af kommunikationskanaler mellem kommune og region gennem fælles kommunikationssystemer og procedurer for udveksling af information om patienter.

2 Formål og metode

"Hvordan fungerer et optimalt samarbejde? Når koordinationen virker. Når de rette oplysninger kommer til de rigtige personer og de rette parter er medspillere" - interview med medarbejder i jobcenter

"Det er et samarbejde, som er formaliseret, så man ved, hvornår i de forskellige forløb, hvilke aktører der træder til. Og det er tydeligt, hvornår man vidensdeler - f.eks. procedurer for, hvornår man mødes med borgeren til en rundbordssamtale" - interview med medarbejder i genoptræningscenter(4)

"Alle vil gerne udvikle - men alle gør hellere som de plejer. Det er svært at ændre vaner" (4)

2.1 Analysens formål

Indenrigs- og Sundhedsministeriet ønsker en analyse, der kan afdække, hvorledes indsatserne i beskæftigelses- og sundhedssystemet kan koordineres bedre, og hvordan den kommunale sundheds- og beskæftigelsesindsats kan sammen tænkes.

Analysen skal ses i forlængelse af regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet fra juni 2008 og trepartsaftalen fra 2008 om nedbringelse af sygefravær. Handlingsplanen er senere udmøntet i en række ændringer af sygedagpengeloven i 2009.

Sygedagpengeområdet og sundhedsområdet i kommunerne har i de sidste fem til seks år gennemgået meget store ændringer, for så vidt angår indholdet af arbejdsopgaverne og de organisatoriske rammer.

Udviklingen inden for sygedagpengeområdet har i de senere år været præget af ny lovgivning, der trådte i kraft i 2005 og efterfølgende er revideret senest i 2009. Loven introducerede flere væsentlige ændringer specielt i kommunernes opfølgning af sygedagpengesager, herunder kategorisering af sygedagpengesager og tidsrammer for den opfølgende indsats. På tilsvarende vis har sundhedsområdet i kommunerne været inde i en dynamisk udvikling. Med kommunalreformen fra 2007 fik kommunerne tildelt ansvaret for forebyggelse, sundhedsfremme, genoptræning efter udskrivelse fra sygehus samt alkohol- og stofmisbrugsbehandling. Sundhedsområdet i kommunerne har således været travlt beskæftiget med at afgrænse, udvikle og organisere disse opgaver, hvilket i første omgang er sket gennem udvikling af kommunale sundhedspolitikker, etablering af sundhedsafdelinger, sundhedscentre og igangsættelse af en lang række forebyggende indsatser samt udvikling af samarbejdsrelationer til regionerne, almen praksis og lokale foreninger mv. I 2008 havde 42 procent af alle kommu-

ner således etableret sundhedscentre, og 69 procent havde vedtaget en sundhedspolitik.

Næste fase for begge områders vedkommende bliver således at udvikle koordinationen, som vil være betinget af, at de etablerede organisatoriske strukturer kan rumme denne koordinering, eller at der udvikles nye organisationsformer og arbejdsgange, der bedre kan sikre den nødvendige koordination.

2.2 Koordination er nødvendig

Behovet for koordinering understreges på den ene side af, at der er mange aktører, og på den anden side af, at der er en stor gruppe af sygedagpengemodtagere, hvis tilknytning/tilbagevenden til arbejdsmarkedet er afhængig af en vellykket koordinering.

2.2.1 Mange aktører

Aktørerne er karakteriserede ved, at:

- der er mange på banen, og flere har fået nye opgaver
- de kommer fra flere sektorer: kommuner, regioner, stat, virksomheder, organisationer mv. Hver sektor har sin kultur, organisation og arbejdsgange mv.
- nogle af dem er nye: det gælder f.eks. de kommunale sundhedsaktører og mange af de private aktører, der er i gang med at udvikle indsatser over for sygedagpengemodtagere
- de kan have forskellige mål med indsatserne: beskæftigelsesområdet har fokus på tidligt tilbagevenden til arbejde, sundhedsområdet på behandling og genoptræning; ligesom det handlerum, man har på hhv. sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet er forskelligt på grund af lovgivningsrammen.

2.2.2 Sygedagpengemodtagernes behov for koordinering er forskellige

Langt de fleste sygedagpengesager har et ukompliceret forløb og forudsætter ingen omfattende koordineringsindsats. Sygdomsforløbet er kort og forudsigeligt. Sundhedsvæsenets behandlingsindsats er afklaret, og den sygemeldte kan hurtigt vende tilbage til arbejde. Andre forløb kan være langvarige, men - alligevel - med et forholdsvist forudsigeligt forløb i forhold til tilbagevenden til arbejde eller ophør på arbejdsmarkedet. Det gælder f.eks. flere af de store sygdomme som hjertekarsygdomme, diabetes og kræft. Typisk vil behandlingsforløbet i sundhedsvæsenet være relativt afklaret, selvom det selvfølgelig kan ændre sig afhængig af selve sygdomsforløbet.

"De store sygdomme (f.eks. hjertekarsygdom, kræft og diabetes) fylder ikke meget, og mange af disse sager er ikke komplicerede, selvom de kan være langvarige. Sagerne er ofte gennemskuelige, fordi der er klare forløb i forhold til sundhedsvæsenet. Patienterne shopper heller ikke rundt fra læge til læge" (10, sygedagpengeleder)

Særlige koordineringsproblemer optræder derimod med sygedagpengemodtagere, der er i risiko for, at sygefraværet medfører en varig svækkelse af deres relation til arbejdsmarkedet. Mange af disse sygedagpengemodtagere har et diffust sygdomsbillede med både fysiske og psykiske komponenter, som påvirker deres arbejdsevne på arbejdsmarkedet i højere grad end forventet ud fra en ren lægelig vurdering. Mange sendes således fra den ene speciallæge til den anden, uden at der findes nogen lægelig forklaring på tilstanden. Et særligt problem er, at forekomsten af psykisk sygelighed - typisk angst og depression - blandt sygedagpengemodtagerne ofte underrapporteres i lægeerklæringer³.

Et andet problem er, at en væsentlig del af sygedagpengemodtagerne lider af flere sygdomme på en gang - komorbiditet - hvilket komplicerer sygdomsbilledet og understreger behovet for lægefaglig afklaring. Samtidig øges risikoen for, at et specialiseret sundhedsvæsen nok yder optimal behandling i forhold til den enkelte sygdom, men ikke til et sygdomsbillede, der omfatter flere sygdomme. Her kan der optræde koordineringsproblemer alene inden for sundhedsvæsenet.

Analysen af svarene fra ca. 1.200 sygedagpengemodtagere viser, at ca. halvdel har bevægeapparatsymptomer og -sygdomme. Psykiske problemer, som stress, depression, angst og lignende nævnes af mere end hver tredje, og herefter følger sygdomme som kræft (10 %), hjertekarsygdomme (9 %) og migræne (8 %). Der er derfor et stort behov for koordination mellem sundhed og beskæftigelse for borgere med psykiske problemer og lidelser i bevægeapparatet.

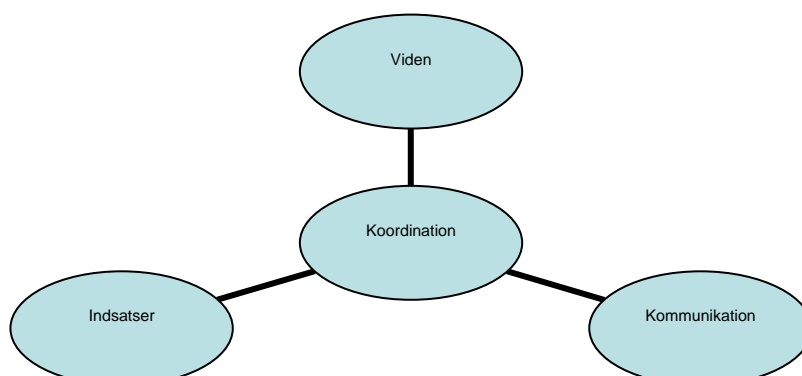
For disse grupper af sygedagpengemodtagere er behovet for koordinering særligt påtrængende, fordi mange på grund af deres helbredsproblemer i forvejen har vanskeligt ved at overskue sagsforløbet og de mange aktører og dermed bidrage aktivt til det samlede forløb af sagen.

2.2.3 Hvad handler koordination om?

Koordination drejer sig generelt om at få forskellige aktiviteter og områder til at passe og virke sammen⁴. Ved koordination forstås i denne rapport et systematisk samarbejde mellem en række aktører, bygget op om indsatser med klare mål og et konkret indhold, således at der er fælles forståelse hos alle aktører for formålet med og vilkårene for samarbejdet.

³ Søgård HJ. Psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte. Region Midtjylland. Regionspsykiatrien Herning, 2007.

⁴ Politikens store ordbog. Politikens Forlag, 2010.



I ovenstående figur skitseres tre grundlæggende forudsætninger for vellykket koordinering:

- Aktørernes **indsatser skal være afklarede og veldefinerede**, således at hver aktørs bidrag og dermed rolle i det samlede sygedagpengeforløb er kendte for de øvrige relevante aktører. Det gælder f.eks. lægeerklæringer, praktikophold, afklaringsforløb, genoptræning, patientskoler, sundhedsfremmetilbud om kost og motion mv.
- Der skal være den tilstrækkelige **viden** hos alle relevante aktører om hinandens kultur og faglige kompetencer, lovgivningsmæssige grundlag og indsatser. Der skal være en gensidig viden om hinandens behov for information mv. og handlemuligheder - f.eks. i forbindelse med lægeerklæringer.
- Der skal være passende **informations- og kommunikationskanaler** til sikring af koordinering på det overordnede niveau og i forhold til den enkelte sygedagpengesag. Disse kanaler kan være tekniske i form af fælles it-systemer; de kan være person til person-relationer og bygge på personkendskab, og de kan være organisatoriske - f.eks. i form af rundbordssamtaler, teammøder, årlige fællesmøder med jobcenter og læger, medarbejdere med særligt koordineringsansvar/tovholdere osv.

Dette er den overordnede ramme for den efterfølgende analyse.

2.3 Analysens materiale og metoder

Analysen bygger på en gennemgang af forholdene i syv kommuner - se tabel 2-1. Kommunerne er udvalgt med henblik på variation i størrelse, beliggenhed, demografi, socioøkonomiske forhold og niveau af sygefravær. Bilag 1 indeholder nøgletal til beskrivelse af kommunerne.

Tabel 2-1 De syv udvalgte kommuner

Regioner	Kommune
Region Hovedstaden	Høje-Taastrup Kommune
Region Sjælland	Faxe Kommune
Region Syddanmark	Esbjerg Kommune Tønder Kommune
Region Midtjylland	Ringkøbing-Skjern Kommune Århus Kommune
Region Nordjylland	Vesthimmerlands Kommune

I hver kommune er der gennemført interviews med medarbejdere fra beskæftigelses- og sundhedsområdet, typisk jobcenterchef, leder af sygedagpengeafdelingen, sundhedschef eller leder af sundhedscentret og forskellige medarbejdere inden for sundhedsområdet, genoptræning, revalidering mv. Endvidere er der gennemført interview med en række aktører fra regionerne, (Bilag 2 indeholder en oversigt over interviewpersonerne.)

Endvidere er der i seks af de syv kommuner gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt 1.200 sygedagpengemodtagere. Undersøgelsen har til formål at vise, hvorledes sygedagpengemodtagerne konkret oplever og vurderer koordineringen mellem beskæftigelses- og sundhedsindsatsen.

2.4 Analysens opbygning

Kapitel 3 bygger på interviews med medarbejdere i kommunerne og eksterne aktører uden for kommunerne. I kapitlet redegøres for barrierer for koordineringen inden for kommunen og uden for kommunen, og de løsninger, der fremkom under interviewene, skitseres.

I kapitel 4 diskuteres, hvorledes koordineringen mellem beskæftigelsesområdet og sundhedsområdet kan styrkes, og der gives inspiration til andre kommuner og aktører på basis af en række initiativer og projekter, som er igangsat i kommunerne med dette sigte.

I kapitel 5 belyses sygedagpengemodtagernes perspektiv og gennemgår resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen.

Bilag 1 indeholder nøgletal for de udvalgte syv kommuner.

Bilag 2 indeholder en oversigt over personer, der er interviewet i forbindelse med analysen.

3 Aktørerne og koordineringen: barrierer og løsninger

Dette kapitel afdækker de centrale aktører på området og deres roller og beskriver de barrierer og muligheder, som disse aktører peger på. Kapitlet bygger på interviews med chefer og medarbejdere inden for beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet i kommunerne og interviews med eksterne aktører, som kommunerne samarbejder med for at nedbringe sygefraværet. I hver af de syv kommuner er der således typisk gennemført interview med jobcenteret (den ansvarlige for sygedagpengeområdet og/eller jobcenterchefen), sundhedsafdelingen/sundhedscenteret, genoptræningsafdeling/-enhed samt på det sociale område med socialchefen. Hvor det har været muligt, er der ligeledes gennemført interview med en praksiskonsulent/lægekonsulent. Endvidere er der gennemført interviews med regionale medarbejdere. Bilag 2 indeholder en oversigt over alle interviews.

I kapitlet gives først en oversigt over de forskellige aktører - interne i kommunen og eksterne - som er involveret i samarbejde på sygedagpengeområdet. Herefter fokuseres på typiske barrierer for at videreudvikle samarbejdet, og der peges på forskellige måder, hvorpå samarbejdet kan styrkes. Endvidere gives der en række konkrete eksempler på indsatser og projekter, som kommunerne har igangsat for at udvikle samarbejdet mellem beskæftigelses- og sundhedsindsatsen.

3.1 Karakteristik af typiske aktører og de typiske barrierer og muligheder

Interviewene viste, at der er en forholdsvis fast kerne af aktører, som indgår i samarbejdet i alle kommuner - typisk læger, speciallæger, arbejdspladser, akasser mv. Endvidere er der samarbejde med en række andre aktører, som er meget forskellige fra kommune til kommune. Den faste kerne af aktører er i vid udstrækning bestemt af lovgivningen, hvorimod de øvrige aktører i høj grad er betinget af lokale forhold, personkendskab eller andre specifikke forhold.

Tabel 3-1 indeholder en oversigt over de væsentligste aktører

Tabel 3-1 Oversigt over de væsentligste aktører i sygedagpengesager

	Beskæftigelsesområdet	Sundhedsområdet	Socialområdet
Kommune	Jobcenter Revalidering/kommunale afklaringsstilbud Lægekonsulent/socialmedicinske enheder Socialmedicinske enheder i kommunen Uddannelsesvejleder	Sundhedsafdeling Genoptræning og vederlagsfri fysioterapi) Sundhedscenter Praksiskonsulent Lægekonsulent	Socialpsykiatri Handicap Misbrug Hjælpe midler Vedligeholdelses- og genoptræning AU-Centre (aktivitets- og udviklingscentre) - ofte til afklaring af hjerneskader
Region		Praktiserende læge og speciallæge Sygehusafdeling/ambulatorium Distriktspsykiatri Arbejdsmedicinske klinikker Andre privatpraktiserende sundhedsaktører (psykolog, fysioterapeut, kiropraktor m.fl.)	
Arbejdsplads	Arbejdsgiver Tillidsrepræsentant		
Organisationer	Fagforening A-kasse	Patientforening	Frivillig-organisationer
Private aktører	Firmaer, der leverer afklaringsforløb; arbejdsprøvnings; koordination Forsikrings selskaber Pensionskasser Virksomheder	Fysisk træning Følgeoplysningsorganisationer (f.eks. FOF depressionsforløb)	
Nationalt niveau	Arbejdsskadestyrelsen		

Aktørernes roller*Kommunerne*

Kommunerne har ansvaret for de borgernære ydelser f.eks. genoptræning, forebyggelse og sundhedsfremme, beskæftigelsesfremme og social støtte.

Jobcentrene skal udbetale sygedagpenge og vurdere muligheden for, at sygemeldte kan vende tilbage til arbejde, og som led i opfølgningen koordinere indsatsen med f.eks. arbejdspladsen, den praktiserende læge eller sygehuset.

De kommunale sundhedscentre, sundheds- og genoptræningsafdelinger har fokus på forebyggelse, sundhedsfremme, genoptræning og pleje af kommunens borgere efter udskrivning fra sygehus.

Det sociale område leverer ydelser inden for bl.a. misbrugsområdet, socialpsykiatri og hjælpemidler.

Regionerne

Regionerne har ansvaret for behandling og diagnosticering hos de praktiserende læger, speciallæger og i sygehusvæsenet. Samarbejdet mellem region og kommune reguleres via sundhedsaftaler.

Praktiserende læger

Den praktiserende læge skal udrede borgerens lidelse, iværksætte behandling eller henvise til udredning og behandling andetsteds. I forhold til sygedagpengemodtagere skal lægerne vurdere behovet for og længden af sygemelding samt muligheder for tilbagevenden til arbejde.

Den kommunale praksiskonsulent er en praktiserende læge, der fungerer som bindeled mellem kommunen og de praktiserende læger i den pågældende kommune.

Sygehusene

Sygehusene har ansvar for udredning, behandling og den specialiserede genoptræning. Det er også sygehusenes opgave at udarbejde en plan for den kommunale genoptræning/efterudskrivelse.

Også på sygehusområdet er der praksiskonsulenter, hvor en praktiserende læge fungerer som bindeled mellem en sygehusafdeling og de praktiserende læger.

Oversigten over antallet af interne og eksterne aktører, og de mange forskellige typer af aktører inden for forskellige sektorer understreger omfanget af koordineringsopgaven for jobcentrene. Der er - alene på grund af antallet af aktører og deres forskellighed - tale om en meget omfattende og ganske kompliceret udfordring med hensyn til at sikre at "*de rette oplysninger kommer til de rigtige personer og at få de rette parter som medspillere*", som det udtrykkes i et af interviewene.

Formen og intensiteten af samarbejdet med de forskellige aktører er også præget af forskelle mellem kommunerne. Det gælder f.eks. samarbejdet med praktiserende læger og sundhedscentre.

I nogle tilfælde er et mere formaliseret samarbejde vokset ud af, at en bestemt gruppe borgere fylder meget i kommunens jobcenter, eller at faglige ildsjæle

blandt medarbejderne har igangsat og drevet samarbejdet i forhold til sygedagpengemodtagere med særlige problemstillinger - f.eks. kræft, hjerneskader eller depression. I andre tilfælde har der været tradition for særlige relationer mellem jobcenter og andre kommunale aktører, hvilket har givet muligheder for tættere samarbejde i nogle kommuner og ikke i andre kommuner - f.eks. mellem jobcenter og socialpsykiatrien.

På sundhedsområdet har jobcentrene/beskæftigelsesområdet altid samarbejdet med praktiserende læger, speciallæger og sygehusene. Ifølge sundhedsloven skal kommunerne nu tilbyde borgere genoptræning efter indlæggelse, og kommunerne kan tilbyde forskellige former for patientuddannelser og rehabiliteringsprogrammer i forbindelse med visse sygdomme, forebyggelse og sundhedsfremme. Disse tilbud har alle relevans for sygedagpengemodtagerne, og i flere kommuner er - ifølge interviewene - et begyndende samarbejde mellem de nye sundhedsafdelinger og beskæftigelsesområdet under udvikling, sædvanligvis i form af projekter eller via en teamorganisering. Der er nedenfor givet et par eksempler på et sådant samarbejde mellem jobcentret og sundhedsafdelinger i kommunerne.

Koordination mellem sundhed og beskæftigelse - eksempel fra Ringkøbing-Skjern Kommune

Sundhedscenter Vest samarbejder med Beskæftigelse på forskellige områder, hvor beskæftigelsesvinklen er relevant for det enkelte individ. I disse individualsager er det Beskæftigelsesafdelingen, der beslutter, hvad der skal ske. F.eks. vil alle med en stressdiagnose blive koblet til stressprojektet. Hvis beskæftigelsesafdelingen vurderer, at forløbet er relevant i forhold til sundhedscenter Vest, henvises borgerne hertil. Herudover er der løbende samarbejds møder med beskæftigelsesdelen. I tilknytning til Sundhedscenter - Vest er der disse tilbud:

- Kronisk syge: KOL, hjertekarsygdom, type 2 diabetes, muskelskeletlidelser
- Genoptræning
- Specielle indsatsområder: motion, rygning, psykisk arbejdsmiljø, kost
- Kræftrehabilitering. Et kræftprojekt med et netværksforløb, motivations- eller opmuntringsforløb, hvor man kommer sammen med ligestillede
- Patient- og borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse.

Læring for livet - Esbjerg Kommune

"Læring for Livet" er et kursus for borgere, som har en kronisk fysisk sygdom, f.eks. diabetes, slidgigt, sclerose, piskesmæld, astma/kronisk bronkitis eller andet. Der undervises i håndteringen af sygdom, og der er både fokus på fysisk, mental og social sundhed.

I "Læring for Livet" undervises af professionelle i temaerne:

- sociale rettigheder/muligheder og fremtiden
- relationer til familie, venner og omverdenen (herunder job)
- smertehåndtering/sund livsstil
-

Kurset løber over 12 gange a tre timer. Man mødes en gang ugentlig. Kurset udbydes af sundhedsafdelingen i kommunen.

3.2 Det interne samarbejde i kommunen: barrierer og muligheder

De typiske barrierer for et mere udviklet samarbejde, som fremhæves i de fleste interview, kan opdeles i:

- organisatoriske/kulturelle barrierer
- videnskæssige barrierer
- økonomiske barrierer.

Nedenfor gennemgås disse tre typer hver for sig.

3.2.1 Organisatoriske/kulturelle barrierer

Der er her tale om organisatoriske barrierer, som typisk handler om, at den interne organisering følger en opdeling i 'søjler' med separate faglige opgaver med deraf følgende behov for en tværfaglig koordinering. Nogle kommuner arbejder med en matrixorganisering, som forsøger at afhjælpe nogle af de mere tværgående koordinationsbehov. I forbindelse med kommunalreformen og den deraf følgende sammenlægning har geografisk afstand vist sig at være en barriere for koordination og samarbejde på tværs af forvaltningerne. Dette gælder især for de mindre kommuner, som samtidig har stor geografisk udstrækning.

De væsentligste organisatoriske barrierer er således sektoropdelingen i kommunerne, kombineret med manglende tradition for at arbejde på tværs. Der arbejdes flere steder med at opruste det tværgående samarbejde, men det forudsætter konkret opbakning ikke bare fra forvaltningschefer, men også fra det politiske niveau, hvis det skal lykkes.

Fra interviewene kan fremhæves følgende vurderinger af barrierer for øget koordination mellem sygedagpengeområdet, socialområdet og sundhedsområdet:

- "Der har tidligere ikke været en kultur, hvor man brugte hinanden på tværs af områderne. **Hækkene har været meget høje i hver forvaltning.** Før har man ikke kendt hinanden og ikke været klar over, hvad der ligger under hvilke forvaltninger. Der køres nu udviklingsforløb for centercheferne, hvilket har gjort, at der nu arbejdes mere på tværs. Samarbejdet kan stadig blive langt bedre". (socialchef)
- Organiseringen af arbejdet i kommunen er **ikke tænkt tværgående** nok (fremført i flere interview)
- Det kan være vanskeligt at koordinere mellem de forskellige kommunale enheder. Samarbejdet mellem de forskellige centre kan bære **præg af tilfældighed.** (fremført i flere interview).
- "På individniveau - konkret borgernært - findes der **intet struktureret samarbejde** mellem de forskellige aktører. Jobcentret sender **f.eks. ikke**

folk videre, hvis de opdager, at borgeren har sundhedsmæssige problemer. Samarbejdet findes kun på det administrative niveau. Det er op til borgeren selv at henvende sig til kommunen i forbindelse med tilbud i sundhedscentret". (sundhedschef)

- "Der **mangler kommunikation**. F.eks. ringer fysioterapeuter ikke af sig selv i modsætning til hjemmeplejen. Vi er så vant til at have kontakt med hjemmeplejen - men fysioterapeuter og andre aktører har vi ikke naturlig/jævnlig kommunikation med". (jobcenter)
- "**Systemet fungerer for langsomt**, hvorved patienterne cirkulerer og nogle ender på førtidspension, uden at det i udgangspunktet havde været nødvendigt/det rette". (socialchef)
- "Det er nødvendigt, at samarbejdet organiseres på højere plan. Det kræver **politisk opbakning at kunne gennemføre tværfaglige projekter**". (socialchef)
- Tværgående arbejde er ikke i tilstrækkelig grad ledelsesunderstøttet (fremført i flere interview)
- "Der sker en masse parallelløb - vigtigt at koordinere, så man ikke udbyder de samme ting". (medarbejder i jobcenter)

3.2.2 Videnskæssige barrierer

Manglende viden om hinandens udfordringer og kompetencer på tværs af de kommunale forvaltninger fremhæves i flere interview som en barriere for en optimal koordinering: De væsentligste vidensbarrierer er formentlig manglende kendskab til, hvad de forskellige forvaltninger kan bidrage med, og hvorledes det kan gøres i praksis, herunder hvor i forløbet denne viden bedst aktiveres. Endelig nævnes registerloven som en barriere for overførsel af informationer om borgere fra en forvaltning til en anden.

- "Vi kender jo ikke kommunens forskellige forvaltninger helt rigtigt, og vi **kender ikke hinandens potentialer** - først nu har vi overskud til at mødes på tværs som vi har gjort med socialpsykiatrien og sygedagpengeafdelingen". (sundhedschef)
- "Det er i kommunen vigtigt at vide, hvem sygedagpengemodtagerne er, og hvilke typer sager der virkelig fylder, sådan at man kan tilrettelægge **koordinering, visitering mv. vidensbaseret**. Der har været en tendens til, at visse sygdomme har landspolitisk bevågenhed, uden at det nødvendigvis afspejler den enkelte kommunes virkelighed". (sundhedschef)
- "Der er **ingen tradition blandt kommunens sagsbehandlere for at tale sundhed med borgerne**. F.eks. bliver man ikke spurgt om drikke-, motions- kost- eller rygevaner i jobcentret. Og der er også et etisk problem her. Hvis jeg som borger skal tale om min personlige sundhed med en fra

kommunen, vil jeg da tale med en sundhedsfagligt uddannet - ikke med en socialrådgiver eller anden sagsbehandler". (sundhedschef).

- "Det kan ikke 'bare lige' lade sig gøre at **udveksle personhenførbare data om borgerne**. Der er en registerlovgivning, der stiller hindringer i vejen". (sundhedschef)

3.2.3 Økonomiske/lovgivningsmæssige barrierer

Det fremhæves i flere interview, at koordinering i sig selv tager tid og kræver ressourcer, og at de ofte ikke er afsat i det daglige. Det nævnes også, at lovgivningen for henholdsvis beskæftigelses- og sundhedsområdet har forskelligt sigte, og at dette undertiden kan være en barriere. Økonomiske begrænsninger og stigende sagsantal nævnes ligeledes af flere kommuner som væsentlige barrierer.

- "**Stigende pres på 'skal' opgaver**. Det medfører fokus på egne opgaver, og der er ikke ressourcer til så meget andet". (sundhedschef)
- "Jobcentre oplever, at de '**drukner' i lovgivning**, dvs. at omfanget af nye regler, som skal omsættes til nye procedurer mv. tager tid". (medarbejder i jobcenter)
- "Der er **stort pres på mange af sagerne i forhold til samarbejde**. Og bare det at få fat i hinanden (samarbejdspartnere) tager meget tid". (medarbejder i jobcenter)
- Økonomisk barriere for bedre koordination. (flere informanter)
- "Der afsættes **ikke midler i budgettet til koordination** på tværs af forvaltninger - kun penge til selve træningen ikke koordinationen". (genoptræningsleder)
- Det arbejde, som skal udføres i kommunen på beskæftigelses- og sundhedsområdet, er styret af **forskellig lovgivning med forskellige målsætninger**, hvor sygedagpengeloven har fokus på opfølgning og hurtig tilbagevenden, har sundhedsloven fokus på behandling, forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning. Der er ingen modsætning mellem de to slags lovgivning, men der kan i nogle tilfælde være behov for nøje koordinering af de to former for indsatser, således at beskæftigelsesindsatsen ikke iværksættes for tidligt/for sent i forhold til behandlingsindsatsen. (flere informanter)

3.2.4 Samlet konklusion med hensyn til barrierer

De væsentligste organisatoriske barrierer er sektoropdelingen i kommunerne, kombineret med manglende tradition for at arbejde på tværs. Der arbejdes flere steder med at opruste det tværgående samarbejde, men det forudsætter konkret

opbakning ikke bare fra forvaltningschefer, men også fra det politiske niveau, hvis det skal lykkes.

De væsentligste vidensbarrierer er formentlig manglende kendskab til, hvad de forskellige forvaltninger kan bidrage med, og hvorledes det kan gøres i praksis. Endelig nævnes registerloven som en barriere for overførsel af informationer om borgere fra en forvaltning til en anden.

Økonomiske begrænsninger og stigende sagsantal nævnes af flere kommuner som væsentlige barrierer.

3.3 Forslag til bedre indsatser

I interviewene nævnes en række forslag til, hvorledes sammenhængen mellem en beskæftigelsesindsats og sundhedsindsatsen kan styrkes. Det kan gøres på mange forskellige måder - f.eks. ved at ansætte sundhedspersonale i jobcenteret eller ved at udbygge samarbejdet mellem jobcenter og sundhedscenter mv. Forslagene er alle karakteriserede ved at pege på mekanismer, som kan bringe tværfaglighed mere systematisk i spil, sikre en tidlig tværfaglig dialog og medvirke til at skabe klar rolle- og ansvarsfordeling.

Nogle af forslagene peger på at skabe et tværfagligt team omkring sygedagpengemodtagere med særlig komplicerede sygdomsforløb - f.eks. borgere med hjerneskader. Et tværfagligt team i kommunen med særlig indsigt kan varetage kontakten til forskellige interne og eksterne aktører og afholde f.eks. kvartalsvise møder.

Andre forslag handler om at oprette en funktion som koordinator eller tovholder for sygedagpengemodtagere med særligt komplicerede sygdomsforløb, f.eks. senhjerneskade, kræft og psykiatrisk sygdom.

En tredje kategori af forslag drejer sig om at sikre tværfaglig viden gennem ansættelse af medarbejdere med sundhedsfaglig viden (læge, sygeplejerske, psykolog, fysioterapeut) i jobcenteret eller ved tættere samarbejde med tilsvarende fagpersoner, der er ansat andetsteds i kommunen.

En sidste kategori af løsninger har fokus på flere tilbud - gruppebaserede og langvarige - f.eks. tematisk i forhold til motion, stress og/eller for udvalgte målgrupper såsom sygedagpengemodtagere med anden etnisk baggrund end dansk.

De forskellige løsningsforslag nævnes nedenfor:

- Kommunerne kan tænke i team og ikke i centre/forvaltninger. (flere informanter)
- "Udarbejdelse af en model for sygedagpengemodtagerne, der er inspireret af den model, som Falck Health Care implementerer for de kommunalt ansatte ved sygdom. I denne model støtter et **team bestående af f.eks. psykologer, fysioterapeuter og lignende**, hvis personalet bliver sygemeldt. Et

lignende system burde etableres som fast praksis for sygedagpengemodtagerne". (socialchef)

- "På samme måde som i forbindelse med samarbejdet med psykiatrien kunne man med fordel lave **udskrivningskonferencer/sygedagpengekonferencer**, hvor man koordinerer de forskellige sociale områder". (socialchef)
- Udviklingen af **koordinator/tovholderfunktion** på eksempelvis kræftområdet, ved hjerneskader og i psykiatrien. (flere informanter)
- "Vi har ansat en **sundhedsmedarbejder** - nu psykolog men det kunne også have været sygeplejerske. Vi henviser til denne ud fra sygedagpengemodtagernes oplysninger på skemaet. Det er vigtigt at få afklaret, om der er tale om en krise, f.eks. skilsmisse, arbejdsløshed, problemer med børn, eller om der er tale om depression, angst. I mange tilfælde er en til to samtaler nok til raskmelding. Det kan f.eks. være, at man skal søge andet arbejde på grund af en dårlig chef. Den afklaring kan sundhedsmedarbejderen hjælpe med". (medarbejder i sygedagpengeafdeling)
- "Der er rigtig mange med psykiske problemer. De fylder også meget. Vi har ansat en **psykolog, der fungerer som konsulent** for de ansatte og ind i mellem gennemfører samtaler med borgerne. Psykologen er også med i rundbordssamtaler". (jobcenterchef)
- "Der er et meget stor dokumentationsbehov i vanskelige sager. Det er meget langsommeligt at indhente speciallægeerklæringer. Derfor overvejer vi nu en **privat aktør** på området - f.eks. Falck Health Care". (sagsbehandler i jobcenter)
- "Det er vigtigt at få **afdækket, hvilke forebyggelsesmuligheder** der er for borgeren, så man ikke bare kører videre i dagpengeforløbet. Eksempelvis ved en handleplan tidligt i forløbet. Der kan f.eks. inddrages patientskoler, rygestopkurser osv. Sundhedscentret er slet ikke med ind over på nuværende tidspunkt. Dette kunne eventuelt være en fordel". (socialchef)
- "**Samarbejdet med Sundhedscentret/genoptræning efter udskrivelse** kunne med fordel udbygges, især hvor der foreligger genoptræningsplaner". (sagsbehandler i jobcenter)
- "For borgere med svære psykiske problemer - her er der behov for **udvikling af tilbud, der er mere gruppebaserede og langvarige** - det har vi ikke aktører, der kan klare pt.". (medarbejder i jobcenter)
- "**Mere brug af delvise raskmeldinger**, som fastholder en tæthed mellem borger og arbejdsplads". (medarbejder i jobcenter)
- **Flere tilbud** koordineret sammen med praktiserende læger/sygehuset, så kan der være **mere lægefaglig kvalitet**. (flere informanter).

3.4 Samarbejde mellem regioner og kommuner

I henhold til sundhedsloven er der i hver region nedsat sundhedskoordinationsudvalg, der har til formål at understøtte sammenhængende behandlingsforløb på tværs af det regionale og kommunale myndighedsansvar, herunder understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Sundhedskoordinationsudvalget er således et centralt forum for styrkelse af samarbejdet mellem regionen, praksissektoren og kommunerne.

Sundhedsaftaler skal bidrage til, at patienterne får et sammenhængende behandlingsforløb, når de bevæger sig fra en sektor til en anden. For eksempel skal aftalerne indeholde beskrivelser af samarbejdet mellem sygehuset og kommunen, når en borger bliver udskrevet fra hospitalet.

Et centralt element i sundhedsaftalerne har været udvikling og implementering af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. Et forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter.

I interviewene med de regionale medarbejdere peges der på, at samarbejde om sygedagpengesager ikke har indgået direkte i første generation af sundhedsaftaler. Fokus har været på medicinske patienter - typisk ældre og med kroniske sygdomme - og samarbejdet i forbindelse med udskrivning og ikke på problemstillinger i forbindelse med sygemeldinger. Indirekte vil forløbsprogrammerne imidlertid få betydning for sygedagpengesagerne, fordi programmerne kan skabe gennemskuelige behandlingsforløb, reducere ventetider og accelerere behandlingen, og samtidig skabe klarhed over fordeling af ansvar og opgaver for kommuner og region.

Sundhedsaftalerne giver rammer for at styrke koordinationen også på sygedagpengeområdet, og det forventes ud fra interviewene med regionale medarbejdere, at anden generation af sundhedsaftalerne, der vil gælde fra 2011 - 2014, vil få mere fokus på sygedagpengeområdet, og at flere kommuner vil tage initiativ hertil.

Interview med medarbejdere fra sygehuse peger på et ønske om et mere formaliseret samarbejde mellem jobcentre og eksempelvis psykiatriske afdelinger eller neurologiske afdelinger. Dette samarbejde kan vedrøre vidensdeling/kompetenceudvikling og fælles konferencer, hvor man mødes om konkrete sager og afklarer sammenhængen mellem jobcentrets aktiveringsindsatser og sundhedsvæsenets behandlingsindsats. Derved kan en række mindre komplicerede sager afgøres hurtigere og mere hensigtsmæssigt uden yderligere involvering af sundhedsvæsenet. Der kan også etableres aftaler om hurtigere udredning og diagnosticering samt samarbejde om udfærdigelse af speciallægeerklæringer. Det kan f.eks. vedrøre hjerneskader, som udarbejdes på ambulatorier i re-

gionen. Derved kan der sikres et tættere samarbejde om erklæringernes indhold osv., og sygehuset får indsigt i, i hvilken sammenhæng erklæringerne bruges i jobcentret.

3.4.1 Samarbejdet med lægerne og speciallæger

I interviewene med kommunerne er det helt overvejende samarbejdet med læger og speciallæger, der fylder mest. Erfaringerne med samarbejdet er forskellige fra kommune til kommune. De centrale barrierer er, at dialogen er for indirekte og usystematisk; at erklæring og blanketter ikke i tilstrækkelig grad er målrettede sagsbehandlerens behov, og at de lægelige erklæring kan være modstridende. Desuden peges på manglen af et fælles sprog og en mangel på gensidig forståelse af rammebetingelserne. Desuden er manglen på et fælles elektronisk system en barriere ligesom omfanget af adgang til lægefaglig viden.

Af barrierer for samarbejde med lægerne nævnes af repræsentanter fra kommunerne:

- "Praksiskonsulenterne siger, at de hellere vil have en **direkte dialog frem for** nu, hvor det bliver meget med, at der sendes **blanketter** frem og tilbage, uden at man nødvendigvis får helt fat og får udvekslet den rette information. Det betyder megen spildtid". (sundhedschef)
- "Mangel på samspil mellem speciallægeerklæring. De forskellige typer **lægeerklæring bliver ikke koordineret**. Erklæringerne bliver set isoleret. Der er behov for en lægefaglig konsulent med socialfaglig viden om psykiatri/psykologi til at skabe overblik over forløbene". (socialchef)
- "Det er utroligt vigtigt, at vi har en gruppe af praktiserende læger, der **snakker med en stemme**. Det er vigtigt, at egen læge følger op på aftaler om at gøre et eller andet, og det er et problem, hvis der så er læger, der ikke vil være med til at gennemføre den proces, f.eks. på grund af ressourcebetragtninger. Vi har haft nogle konkrete projekter om forebyggende arbejde, hvor det har været svært at få alle læger med". (sundhedschef)
- "**Kontakten til lægerne** kan være meget forskellig - nogle steder **vanskeligt at ændre på**. Som koordinatører sidder rådgiverne ofte med flere oplysninger end lægerne - da rådgiverne ser oplysninger fra alle og dermed får overblikket over den enkelte borgers sag". (medarbejder i jobcenter)
- "Den **organisering på Jobcentrene**, hvor medarbejderne har ansvar for nogle helt bestemte borgere, **vanskeliggør et tæt samarbejde med praktiserende læge**, idet en læge så skal være i kontakt med et større antal forskellige medarbejdere for at koordinere tæt i forhold til sine patienter". (sundhedsmedarbejder)
- "Lægerne er mere **advokater for patienterne** - det medfører, at lægerne presses af kommunen til at skrive attester. Sygedagpengemodtagere kan være vanskelige patienter, der er ressourcekrævende. Det kan være vanske-

lige forløb, der tager meget tid. Alle er lidt opgivende - de får jo alligevel pension om to år". (praksiskonsulent)

- "Det vil være en fordel, hvis de praktiserende læger i højere grad deltager i **rundbordssamtaler**. Vi vil også gerne have mere samarbejde med patientforeninger". (jobcenterchef)
- "Det er en barriere, at kommunen **ikke har fælles mailsystem** med lægerne. Kommunikationen er vanskelig, da det kan være svært at fange hinanden over telefon". (jobcenterchef).

3.4.2 Forslag til bedre koordinering med læger og sygehuse.

I alle kommunerne har jobcentrene et eller flere årlige møder med lægerne. Erfaringerne med fremmøde fra lægesiden er blandede. Der arbejdes i flere kommuner med at styrke kontakten til lægerne, dels via at udvikle it-kommunikationen, dels via kontaktudvalg, som sikrer en vis mødefrekvens og udveksling af information mv.:

- "Vi har medicinske kontaktudvalgsmøder med deltagelse af fire praktiserende læger, beskæftigelsesafdelingen og sundhed og omsorg. To af lægerne er praksiskonsulenter, og de to andre kommer fra den lokale PLO-bestyrelse". (sundhed/omsorgschef)
- "Det **handler om at være proaktiv**. Der er nedsat en gruppe med bl.a. praksiskonsulenten, det **sundhedsfaglige råd**, sundhedschefen og andre i sundhedsafdelingen, der skal komme med forslag til, hvordan der kan arbejdes med forløbsydelse til kronikere, f.eks. patienter med diabetes og kronisk obstruktiv lungesygdom. Det er dog ikke den gruppe, der p.t. fylder mest i forbindelse med sygedagpenge. På samme måde kunne man tænke at udvikle en overordnet politik for 'ikke sygdommelding', som betyder, at borgerne i stedet aktiveres og på denne måde får et bedre forløb uden lang tid helt uden job". (praksiskonsulent)
- **Udvikle it-kommunikationen** mellem Jobcenter og praktiserende læger, sådan at kommunikationen kan foregå via e-mail. (flere informanter)
- **Lægekontaktudvalg** med kontakt til en kerne af læger som sikrer bedre og rettidig informationsudveksling. (flere informanter)
- **Medicinsk kontaktudvalgsmøde**. Med deltagelse af fire praktiserende læger, beskæftigelsesafdelingen og sundhed og omsorg". (sundhedschef)
- "Vi afholder **tre til fire årlige temamøder med praktiserende læge og jobcenter** - i udgangspunktet har vi taget fat i de områder, som især interesserer de praktiserende læger. Cirka halvdelen møder op". (socialchef)

- "Medarbejdere i sygedagpengeteamet og dem, der arbejder med de ikke-arbejdsmarkedsparete, **møder alle praktiserende læger en gang om året** sammen med Praktiserende Lægers Organisation. Mange læger møder op til disse møder". (jobcenterchef)
- "Vi holder **samarbejds møde med speciallæge** på sygehus hver anden måned". (jobcenterchef)

Fra interviewene med de regionale medarbejdere kan nævnes disse forslag til forbedret koordination:

- Vidensdeling og gensidig kompetenceudvikling
- Procedurer for samordning af beskæftigelses- og behandlingsindsatsen i konkrete patientforløb - f.eks. i form af faste fælles konferencer, hvor medarbejdere fra sygehuse kommer til møder i jobcentrene
- Samarbejde mellem kommune og sygehus/ambulatorier om hurtigere udredning og diagnosticering samt samarbejde om udfærdigelse af speciallægeerklæringer.
- Styrkelse af kommunikationskanaler mellem kommune og region gennem fælles kommunikationssystemer og procedurer for udveksling af information om patienter.
- Koordinationen på sygedagpengeområdet tages op i næste generation af sundhedsaftalerne.

3.5 Sammenfatning

Den interne koordination i kommunen

Som barrierer for den interne koordination i kommunerne nævnes organisatoriske, videnskæssige og økonomiske barrierer.

I interviewene nævnes en række forslag til, hvorledes sammenhængen mellem beskæftigelses- og sundhedsindsatsen kan styrkes. Det kan gøres på mange forskellige måder - f.eks. ved at ansætte sundhedspersonale i jobcentret eller ved at udbygge samarbejdet mellem jobcenter og sundhedscenter mv. Forslagene er alle karakteriserede ved at pege på mekanismer, som kan bringe tværfaglighed mere systematisk i spil, sikre en tidlig tværfaglig dialog og medvirke til at skabe klar rolle- og ansvarsfordeling.

Nogle af forslagene går på at etablere et tværfagligt team omkring en gruppe borgere med enslydende diagnoser/problemstillinger (især internt) eller ved (især eksternt) at finde frem til faste kontaktpersoner og afholde f.eks. kvartalsvise møder.

Andre forslag handler om at oprette en funktion som koordinator eller tovholder for mere komplicerede sygdomsforløb, f.eks. senhjerneskade, kræft og psykiatrisk sygdom.

En tredje kategori af forslag drejer sig om at sikre tværfaglig viden gennem ansættelse af medarbejdere med sundhedsfaglig viden (læge, sygeplejerske, psykolog, fysioterapeut) i jobcenteret.

En sidste kategori af løsninger har fokus på flere tilbud - gruppebaserede og langvarige - f.eks. motion, stress og for udvalgte målgrupper såsom sygedagpengemodtagere med anden etnisk baggrund end dansk.

Koordination mellem kommune og region

For så vidt angår koordinationen med læger og sygehuse peger interviewene med de kommunale medarbejdere på, at dialogen er for indirekte og ikke systematisk; at erklæringer og blanketter ikke i tilstrækkelig grad er målrettede sagsbehandlerens behov, og at de lægelige erklæringer kan være modstridende. Desuden peges på manglen af et fælles sprog og en mangel på gensidig forståelse af rammebetingelserne. Desuden er manglen på et fælles elektronisk system en barriere ligesom omfanget af adgang til lægefaglig viden.

Der arbejdes i flere kommuner med at styrke kontakten til praksislægerne, dels via udvikling af it-kommunikationen, dels via kontaktudvalg, som sikrer en vis mødefrekvens og udveksling af information mv.

Fra regional side peges på, at koordinationen mellem sundheds- og beskæftigelsesindsatsen kan indgå i næste generation af sundhedsaftalerne med vægt på at styrke samarbejdet mellem jobcentre og sygehusene gennem eksempelvis videnudveksling, kompetenceudvikling og fælles møder om sygedagpengesager, hvor afklaring og afstemning af behandlings- og beskæftigelsesindsatsen kan finde sted.

4 Hvad kan styrke koordinationen mellem beskæftigelses- og sundhedsområdet i praksis - ideer og praktiske eksempler?

4.1 Effektiv koordination - hvad skal der til?

Koordination skal prioriteres af ledelsen

Koordination kræver tid og ressourcer. Koordination er derfor en ledelsessag - og ikke alene op til den enkelte sagsbehandler. I interviewene med kommunerne fremhæves derfor, at direktionen i kommunen og cheferne inden for beskæftigelses- og sundhedsområdet skal ville koordinationen og dermed også skabe de nødvendige rammer for den.

Det kan kræve nye organisatoriske løsninger. I interviewene peges på en række forslag til forskellige praktiske modeller, der kan fremme koordineringen mellem de mange aktører og specielt mellem sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet, både internt og eksternt mellem kommune og regionale sundhedstilbud, herunder uddannelse og ansættelse af teamkoordinatorer, etablering af tværfaglige TTA-team i kommunerne og samarbejde med socialmedicinske enheder.

Den tidlige afklaring er afgørende

Den tidlige afklaring har til formål 1) at få overblik over sygedagpengemodtagerens helbredsproblemer med henblik på en vurdering af, hvorvidt tilknytningen til arbejdsmarkedet er truet, og 2) at få lagt en opfølgingsplan for, hvad der skal ske, og hvilke andre aktører der skal på banen.

Den tidlige afklaring er med andre ord grundlaget for den efterfølgende koordination, der blandt andet har til formål at sikre en afstemning mellem forløbet i sundhedsvæsenet og den beskæftigelsesmæssige indsats. Det er således vigtigt ikke at igangsætte den beskæftigelsesmæssige indsats for tidligt eller for sent i forhold til behandlingen. Et langstrakt udredningsforløb i sundhedsvæsenet kan blokere for, at den sygemeldte kommer i gang igen. Her bør det vurderes, om borgeren i udredningsforløbet kan fastholde en tilknytning til arbejdet.

Der er gennemført flere forsøg med at effektivisere den tidlige afklaring med blandede resultater. I forsøgene har flere jobcentre haft tæt samarbejde med arbejdsmedicinske klinikker på regionalt niveau eller kommunale socialmedicinske enheder med sociallæger. Der synes at være en vis effekt på fraværslængden af mere målrettede speciallægeundersøgelser udført af arbejds- eller soci-

almedicinere. Effekterne er dog ikke entydige, og de gælder ikke for alle grupper af sygemeldte.

Den sparsomme/manglende effekt kan måske tilskrives, at der er brug for en bredere faglig tilgang end den rent lægelige. Der er også en risiko for, at netop de komplekse helbredsproblemer kræver langvarige udredningsforløb, og at den evt. kommunale beskæftigelsesrettede indsats i denne proces 'ligger stille'/afventer. Erfaringer fra mere tværfaglige indsatser, der omfatter andre faggrupper end læger⁵, tyder på en større effekt med hensyn til fraværslængde. Forsøgene tyder på, at der også bør inddrages psykolog, socialrådgiver, fysioterapeut og kiropraktor, og de forskellige faglige perspektiver skal ind på samme tid og integreres i en samlet vurdering, der peger på, hvilke barrierer der skal brydes for, at den sygemeldte hurtigt kan vende tilbage til arbejde.

Koordination med opfølgende sundhedsindsatser

Den tidlige afklaring er vigtig, men den kan sjældent stå alene. Nogle sygedagpengemodtagere – for hvem det ellers ville være relevant – modtager ingen tilbud, eller de eksisterende sundhedstilbud er ikke optimale i forhold til deres behov. Her tænkes ikke på egentlige behandlingstilbud, men på tilbud, der kan styrke sygedagpengemodtagernes handlekompetencer i forhold til deres helbred, og som dermed kan styrke deres arbejdsevne på arbejdsmarkedet.

Sundhedsloven giver kommunerne ansvar for den borgerrettede forebyggelse og delt ansvar for den patientrettede forebyggelse med regionerne. Mange kommuner har etableret sundhedscentre og udviklet en bred vifte af patientrettede tilbud, som vil være relevante for mange sygedagpengemodtagere. I flere kommuner er der allerede etableret et samarbejde mellem jobcentre og sundhedscentre, hvor jobcentre kan henvise sygedagpengemodtagere til sundhedscentrets forskellige tilbud.

Den konkrete tilrettelæggelse af tilbuddene – indhold, erfaring og organisering – er i høj grad op til den enkelte kommune og mulighederne for et samarbejde mellem sundhedsområdet og jobcentrene om tilbud til den enkelte sygedagpengemodtager vil derfor afhænge af lokale forhold. Det karakteristiske for de patientrettede forebyggelsestilbud er, at de har fokus på sygedagpengemodtagernes handlekompetencer, når det gælder deres helbred og arbejdsevne. Målet er at lære sygedagpengemodtageren at leve bedst muligt med sine helbredsproblemer og dermed bevare arbejdsevnen længst muligt og forebygge forværring eller tilbagefald af sygdom. Nedenstående oversigt giver eksempler på opfølgende kommunale sundhedstilbud, der kan være relevante for sygedagpengemodtagere inden for den patientrettede og borgerrettede forebyggelse.

⁵ Kilsgaard J. Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længevarende smertegener fra bevægeapparat. Syddansk Universitet, Arbejdsmiljøinstituttet, Vejle Amt.2006.

Patientrettet forebyggelse	Borgerrettet forebyggelse
Rygestop Motionstilbud, som motion på recept, træning mv. Diætetisk vejledning, stresshåndtering Alkoholrådgivning Smertehåndtering Patientuddannelse, f.eks. "Lær at leve med"	Rygestop Motionstilbud Kostrådgivning Stresshåndtering Alkoholrådgivning

Tilbuddene kan gennemføres i et samarbejde med private aktører - som f.eks. privatpraktiserende psykologer eller fysioterapeutiske klinikker. I det følgende gives en række eksempler på, hvorledes tilbuddene er organiseret, og hvilke samarbejdspartnere indsatserne skal koordineres med.

Undervisnings- og afklaringsforløb for mennesker med stress eller depression

Fredensborg og Rudersdal kommuner har benyttet sig af Erhvervspsykiatrisk Centers tilbud. Centeret er en enhed under Psykiatrifonden og henvender sig til mennesker med let til moderat depression, der på grund af depression og/eller stress har mistet eller er i fare for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, eksempelvis sygedagpengemodtagere og ledige. Kommunerne står for visitationen af borgerne. Kursisterne får viden om og redskaber til at identificere tidlige tegn på depression og lærer, hvordan de selv kan være med til at forebygge tilbagefald og indgå på en arbejdsplads. Evalueringerne viser, at kursisterne oplever en væsentlig reduktion af deres depressive symptomer, og at overgangen til det aktive arbejdsliv lettes markant. Depressionsskolen skal ses som et supplement til en eventuel behandling og kan ikke erstatte samtalerapi hos psykolog eller psykiater. Undervisningen består af en primær psykologisk del med udgangspunkt i kognitiv terapi og en mindre biologisk/medicinsk del. Fokus er hjælp til selvhjælp og tilbagevenden til eller fastholdelse på arbejdsmarkedet.

Arbejdsmedicinsk Klinik på sygehus: tilbud til stressede arbejdstagere

En stor del af sygefraværet på de danske arbejdspladser skyldes stress. Derfor bliver et offentligt behandlingstilbud mod arbejdsrelateret stress i nu sat i gang i Region Midtjylland.

Det er et forskningsprojekt ved Arbejdsmedicinsk Klinik i Herning, som over en treårig periode undersøger alle sygedagpengemodtagere i to kommuner med uafbrudt fravær over fire uger – det svarer til ca. 3.600 mennesker om året.

Projektet vil undersøge årsagen til en markant stigning i forekomsten af arbejdsbetinget stress. Desuden skal projektet prøve at hjælpe de stressramte samtidig med, at man forsøger at finde ud af, hvordan man bedst behandler. Den stressramte vil få redskaber til at håndtere stress, og desuden vil projektet få arbejdspladser til at ændre på nogle forhold, så medarbejderne bliver mindre belastet.

På Arbejdsmedicinsk Klinik på regionssygehuset i Herning, hvor projektet foregår, er andelen af stresspatienter steget fra 10 procent i 2002 til 25 procent i 2007. Denne store stigning skal forskningsprojektet forsøge at råde bod på ved gennem undersøgelser at dokumentere, hvilke forebyggelses- og behandlingstiltag der virker.

Projekt Viva i Høje-Taastrup Kommune for borgere på kontanthjælp og sygedagpenge med livsstilssygdomme

Høje-Taastrup Kommunes Jobafklaring har et tilbud til borgere på kontanthjælp og sygedagpenge, der lider af livsstilsrelaterede sygdomme, som f.eks. overvægt, diabetes og for højt blodtryk. Projektet er udviklet i samarbejde med kommunens Sprogcenter, Sundhedscenter og Jobcenter og er et aktiveringstilbud til de borgere på kontanthjælp og sygedagpenge, der lider af ovennævnte sygdomme.

Projekt Viva handler om at give deltagerne indblik i betydningen af sund kost og motion og prøve forskellige motionsformer – for eksempel fitness, svømning, stavgang, dans og pilates. Derfor er der tilknyttet diætister, afspændingspædagoger, sygeplejersker, projektmedarbejdere, jobvejledere samt forskellige foredragsholdere med viden om sund kost og motion. Fagfolkene vil i samråd med den enkelte deltager sætte sundhedsmål for træningsindsatsen. Målene vil blive fulgt meget tæt.

Projekt Viva vil vare mellem tre og seks måneder for den enkelte deltager, afhængig af den enkelte deltagers problemstillinger. Dernæst kommer tre måneders praktikforløb, og endelig vil projektmedarbejderne stadig have kontakt med borgeren i en periode på op til tre måneder efter afsluttet projektforløb for at yde støtte og hjælp til at opretholde den nye livsstil.

Vidensdeling mellem beskæftigelses- og sundhedsområdet er nødvendig for bedre koordination

Beskæftigelsesområdet og sundhedsvæsenet har forskellige faglige baggrunde og forskellige tilgange til sygedagpengemodtagerne. Man har også forskellige roller. Beskæftigelsesområdet har fokus på arbejdsevne på arbejdsmarkedet og på hurtig tilbagevenden til arbejde. Sundhedsvæsenet har fokus på diagnostik, behandling, genoptræning, pleje og sundhedsfremme.

Der er derfor behov for løbende vidensdeling mellem de to områder med henblik på at sikre koordination. I nedenstående boks er givet et konkret eksempel herpå, for så vidt gælder sygedagpengemodtagere med psykisk sygdom.

Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet - et debatoplæg ved Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykologforening, Danske Psykiatere og Børneungdomspsykiateres Organisation og Danske Regioner - 2009⁶

I debatoplægget konstateres, at cirka 20 procent af befolkningen har en lidelse af ikke-psykotisk karakter i løbet af et år, og at cirka 30 procent af disse ikke får behandling herfor. Der er således tale om underdiagnosticering og underbehandling. Det skønnes, at ca. 50 procent af de langtidssygemeldte har psykiske lidelser, heraf knapt halvdelen uopdagede. En af løsningerne er ikke kun en øget indsats i sundhedsvæsenet, men også i den sociale sektor, i beskæftigelsesindsatsen og gennem et forbedret samarbejde mellem sektorerne. I den forbindelse anbefales bl.a. et øget samarbejde med jobcentre om screening for psykisk sygdom, midlertidig tilkendelse af førtidspension samt effektive og fleksible handlingsplaner. Et samarbejde med det regionale sundhedsvæsen vil kunne styrke indsatsen for tidlig identifikation af personer med psykiske lidelser. Dette kan blandt andet ske via kompetenceudvikling af sagsbehandlere, gennem undervisning og vejledning om ikke-psykotiske lidelser og samtalemetoder og -redskaber, som kan anvendes i forhold til opsporing af disse.

Det anbefales også at indføre såkaldte shared care-modeller mellem almen praksis og psykiatrien i behandlingen af angst og depression. Kommunen kan inddrages i samarbejdet omkring shared care, når personen modtager sygedagpenge.

På beskæftigessiden er der brug for viden om:

- Hvad fejler sygedagpengemodtagerne?
- Hvad er prognosen for helbredelse og fortsat tilknytning til arbejdsmarkedet?
- Er der aftalt forløbsprogrammer for de aktuelle sygdomsforløb?
- Hvilke særligt sårbare grupper er der blandt sygedagpengemodtagere?
- Hvordan identificerer man disse grupper?
- Hvilke opfølgende tilbud i sundhedsområdet kan jobcentret henvise til, hvad kan der opnås, og hvilke sygedagpengemodtagere vil have glæde af dem?

På sundhedssiden er det vigtigt med kendskab til:

- de lovgivningsmæssige rammer for sygedagpengeområdet

⁶ Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet - et debatoplæg ved Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykologforening, Danske Psykiatere og Børneungdomspsykiateres Organisation og Danske Regioner - 2009

- hvilke tilbud jobcentret har til forskellige grupper af sygedagpengemodtagere
- typen af helbredsmæssige oplysninger, der er særligt relevante for jobcenterne.

Der arbejdes på mange forskellige måder med vidensdeling i kommunerne. Et spændende projekt er gennemført og evalueret i Århus Kommune⁷, hvor sagsbehandleren fra jobcentret og fysioterapeuten i genoptræningsenheden samarbejder dagligt.

Århus Kommunes koordinerende genoptrænings- og sygedagpengeprojekt

Projektet retter sig mod sygemeldte borgere, der er henvist til Århus Kommunes Ortopædisk Genoptræningscenter (OGC) efter udskrivning fra sygehus. Målgruppen udgør 26 procent af samtlige henviste til OGC fra november 2007 til januar 2009.

Projektet består i et dagligt samarbejde mellem fysioterapeut og sagsbehandler i Jobcentret om genoptræning og sygedagpengeopfølgning. Indsatsen er en tværfaglig rehabiliterende indsats på tværs af kommunens sundheds- og beskæftigelsesopgaver. En sagsbehandler fra jobcentret er fysisk placeret på OGC og har ansvar for sygedagpengemodtagere, der er under genoptræning. Sagsbehandleren samarbejder dagligt med den fysioterapeut, der står for genoptræningen, hvilket betyder løbende vidensdeling om de enkelte sygedagpengemodtagere, således at sagsbehandleren får en konkret vurdering af arbejdsevnen, og fysioterapeuten får mulighed for direkte at målrette genoptræningen mod tilbagevenden til arbejde eller øvrige muligheder, som sagsbehandleren kan pege på.

En evaluering af projektet viser, at det tværfaglige samarbejde har en direkte positiv virkning for borgeren i form af tidligere delvis raskmelding (reduktion i sygedagpengeperioden på 37 dage i forhold til kontrolgruppen - dog ikke statistisk signifikant) med heraf følgende økonomiske besparelser. Desuden skaber projektet faglig udvikling af kommunens medarbejdere, som oplever projektet som positivt og fagligt udviklende og som et bedre tilbud til borgerne.

Ideen med at placere sagsbehandleren direkte på genoptræningsenheden kan formentlig overføres til andre kommuner - også mindre kommuner, hvor sagsbehandleren i så fald blot vil være på deltid i genoptræningsenheden. Samtidig indebærer projektet en specialisering, idet sager med genoptræning efter indlæggelse samles på en sagsbehandler.

Effektiv koordination forudsætter effektive kommunikationskanaler

Effektiv koordination forudsætter nem og hurtig kontakt mellem aktørerne.

Projekt Helbred & Arbejdsliv Jobcenter Århus Vest

Der er behov for løbende kontakt mellem de praktiserende læger og jobcentret i kommunen. Der arbejdes i alle kommuner på forskellig vis med at videreudvikle denne kontakt. i form af temamøder, kontaktudvalg mv. I Århus Kommune gennemføres et projekt, hvor jobcentret afprøver en række forskellige kommunikationsformer i forhold til de praktiserende læger.

Projektet har til formål at afprøve en model for styrket samarbejde med sygedagpengemodtageren, den praktiserende læge og sagsbehandleren i jobcentret. Projektet omfatter 27 læger i Århus Vest. Samarbejdet omfatter fleksible mødeformer, herunder rundbordssamtaler, jævnlige besøg i lægepraksis, hvor der drøftes lovgivnings- og helbredsmæssige problemstillinger og udvidet brug af elektronisk kommunikation.

Specialisering kan styrke koordinationen

En anden måde at styrke koordinationen mellem beskæftigelses- og sundhedsområdet er at uddanne en eller flere sagsbehandlere som specialister i bestemte sager, der kræver særlig indsigt, og hvor koordinationen derved ville blive styrket af denne indsigt.

Gevinsten ved specialiseringen er, at sagsbehandlerne opnår mere indgående viden om området, at disse kan etablere personlige kontakter til de relevante eksterne aktører, og at de eksterne aktører har en fast kontakt til jobcentret i disse sager.

Specialisering kan eksempelvis være i forhold til 1) kræftpatienter, 2) sygedagpengemodtagere, der har været udsat for arbejdsulykker, der kan true deres tilknytning til arbejdsmarkedet, 3) sygedagpengemodtagere, der er under kommunal genoptræning efter udskrivning fra sygehus og 4) sygedagpengemodtagere med hjerneskader.

Specialiseringen kan være inden for de enkelte sygdomsgrupper. Den kan også være i forhold til særligt komplicerede forløb inden for den enkelte sygdomsgruppe - f.eks. kræft og hjerneskade.

KOSAK-projektet⁸ viser eksempelvis, at langt de fleste sygedagpengemodtagere med kræft havde et ukompliceret forløb, der kunne håndteres af sagsbehandlerne inden for de almindelige procedurer i jobcentret. Der var derimod en mindre gruppe med behov for en kompleks og langvarig rehabiliteringsindsats, hvor en specialisering kunne være en løsning, fordi disse sager kræver særlig indsigt i kræftområdet.

⁸ KOSAK-projektet. Rehabilitering hos borgere med kræft. Et projekt- og udviklingssamarbejde om rehabilitering ved kræft hos borgere i den erhvervsaktive alder i Herning, Randers, Skive og Viborg Kommuner i samarbejde med MarselisborgCentret, 2009.

Rehabilitering hos borgere med kræft. KOSAK-projektet - et samarbejdsprojekt om rehabilitering hos borgere i den erhvervsaktive alder i Herning, Randers, Skive og Viborg Kommuner i samarbejde med MarselisborgCentret, 2009

Hensigten med projektet har været at afprøve og evaluere kommunale tilbud om rehabilitering, koordinering og arbejdsfastholdelse. I de medvirkende kommuner har der været ansat en forløbskoordinator, som har været kontaktperson for patienterne. I to kommuner har koordinatoren været ansat i sundhedsområdet og i to kommuner i beskæftigelsesområdet.

Evalueringen viser, at det er muligt at bidrage til en tidlig rehabiliteringsindsats over for borgere med kræft, der kan medvirke til at skabe sammenhæng for borgeren, støtte borgeren til at mestre sit sygdoms- og behandlingsforløb og de vanskeligheder, der opstår i hverdagslivet; resultater, der især er indhentet gennem den indsats som koordinatorene har ydet.

Det anbefales, at der etableres en kommunal koordinatorfunktion, og at denne målrettes de borgere, der vurderes at have konkrete, længerevarende og komplekse behov for kræftrehabilitering.

Det anbefales, at en kommunal koordinatorfunktion som udgangspunkt placeres i sundhedsområdet. En placering i beskæftigelsesområdet kan også være en mulighed. Der må begge steder stilles krav til kompetencer til at kunne håndtere brede sundheds- og socialfaglige problemstillinger samt etablering af tæt samarbejde med andre fagpersoner på sundheds- og beskæftigelsesområdet.

Specialiseringen kan være i forhold til den enkelte medarbejder eller ved at etablere særlige teams. Som eksempel her på nævnes neuroteams, som er etableret i en række kommuner. Et eksempel på, hvorledes neuroteamet kan fungere i praksis, er fra Tønder Kommune.

Neuroteamet i Toftlund, Tønder

I Tønder kommune har man pr. 1. oktober 2008 oprettet et koordinerende Neuroteam bestående af ergo- og fysioterapeuter. Neuroteamet koordinerer med sygehuse, talepædagoger, tekniske skoler, andre skoler, Jobcenteret, hjemmeplejen mv. De ser således på borgers samlede livssituation. Neuroteamet skal understøtte arbejdet med senhjerneskadede og bringer bl.a. sagerne med til Vejle Fjord Neurocenter. De kan endvidere tage på hjemmebesøg og hjælpe med partshøring i forbindelse f.eks. med en pensions sag, hvor borgeren får sagen gennemgået og forklaret. Neuroteamet holder også kontakten til REVA Tønder.

Resultatet af Neuroteamets arbejde er en helhedsbetragtning på borgerens situation samt en styrket koordinering mellem relevante aktører og instanser.

I interviews med repræsentanter for det regionale sundhedsvæsen peges der på, at tilstedeværelsen af et koordinerende team kan lette samarbejdet med sygehuse, fordi teamet kan være indgangen til kommunen, og omvendt vil teamet kunne have tæt kontakt til de relevante sygehusafdelinger/ambulatorier.

Specialisering i forhold til sygedagpengesagernes koordinationsbehov og kompleksitet kan styrke koordinatiónen, men specialisering vil være mest relevant for større jobcentre med mange sager.

Fælles IT-systemer

I interviewene fremhæves behovet for it-systemer, der gør kommunikationen med andre aktører nem.

Et it-system kan sikre direkte kommunikation til de relevante sagsbehandlere i jobcentret, hvilket efterlyses fra lægeside.

Kommunikationen drejer sig ikke bare om korrespondancer - f.eks. anmodninger om lægeerklæringer, blanketter fra a-kasser mv. - om konkrete sygedagpengeforløb. Det kan også dreje sig om betydelig mere omfattende adgang til journaler mv. Sådant en adgang forudsætter samtykkeerklæringer hos sygedagpengemodtageren.

Et eksempel på journaladgang er Fastholdelsesenheden i Arbejdsskadestyrelsen, hvor kommunerne - efter samtykke fra sygedagpengemodtageren - kan gå ind i Arbejdsskadestyrelsens sager og se lægeerklæringer, afgørelser mv.

Det kan i flere tilfælde indebære, at de samme lægeerklæringer kan bruges både i kommunen og arbejdsskadesagen, hvilket er en fordel for jobcentret, arbejdsskadestyrelsen og ikke mindst sygedagpengemodtageren. Endvidere aflastes sundhedsvæsenet.

I interviewene med de regionale medarbejdere blev det dog understreget, at en forudsætning for at drage fordel af fælles it-systemer er, at der også gennemføres de fornødne ændringer i arbejdsgange og organisation, der sikrer, at kommunikationen forløber i det daglige. Kommunerne skal blandt andet være indstillede på at kommunikere med andre sygehuse end det lokale, fordi patienterne behandles på mange forskellige sygehuse. Det stiller krav til standardiseret kommunikation fra både kommune og sygehus.

4.2 De næste skridt

Interviewene bag denne analyse peger klart på behovet for at styrke koordinationen mellem beskæftigelses- og sundhedsområdet både internt i kommunen og eksternt specielt i forhold til regionen.

Den interne koordination inden for kommunen kan styrkes på flere måder

- En vis specialisering af sagsbehandlingen på sagstyper med særlig kompleksitet som mulighed til fremme af koordinationen. Specialiseringen kan være i forhold til den enkelte medarbejder eller i form af teams, der varetager særlig sager.
- Konkrete sundhedstilbud, der skabes i samarbejde mellem sundhedsafdelingen eller andre aktører inden for sundhedsområdet og jobcentret
- Fysisk samplacering på tværs af faggrupper - f.eks. en sagsbehandler fra jobcentret placeret på kommunens genoptræningscenter

- Gensidig kompetenceudvikling inden for beskæftigelses- og sundhedsområdet.

Koordineringen i forhold til regionen drejer sig om at udbygge samarbejdet med almen praksis og sygehusene. Samarbejdet mellem kommune (sundhedsforvaltning og jobcenter) og almen praksis og sygehusene reguleres gennem sundhedsaftaler, og næste generation af sundhedsaftaler bør derfor sætte fokus på sygedagpengeområdet - blandt andet i forbindelse med det fortsatte arbejde om forløbsprogrammer. Regionerne har endvidere en rådgivningsforpligtigelse på sundhedsområdet i forhold til kommunerne

Af temaer, der kan indgå i sundhedsaftalerne, kan peges på vidensdeling og gensidig kompetenceudvikling, procedurer for samordning af beskæftigelses- og behandlingsindsatsen i konkrete patientforløb, herunder aftaler om hurtigere udredning og diagnosticering, samarbejde om udfærdigelse af speciallægeerklæringer på sygehus, fælles kommunikationssystemer og procedurer for udveksling af information om patienter.

5 Sygedagpengemodtagernes perspektiv

I dette kapitel sættes der fokus på sygedagpengemodtagerne. COWI har gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt sygedagpengemodtagerne i de kommuner, der indgår i denne analyse.

Formål

Formålet med denne del af undersøgelsen er at tegne et billede af:

- Profilen for de større grupper blandt sygedagpengemodtagerne, opdelt efter helbredsproblemer, herunder også forekomst af angst og depression og komorbiditet⁹
- Kontaktmønster til jobcenter, sundhedsvæsen mv.
- Sygedagpengemodtagernes vurdering af behandling af egen sag, herunder koordination mellem jobcenter og andre aktører
- Beskrivelse af subgrupper af sygedagpengemodtagere, der er særlig negative/positive i deres vurderinger af sagsbehandlingen
- Sygedagpengemodtagernes ønsker om/forslag til forbedringer af koordinationen/tilbud
- Sygedagpengemodtagernes profil med hensyn til køn, alder, uddannelse, stilling og arbejde inden sygemelding.

Denne del af analysen vil således belyse de langtidssygemeldtes oplevelse af graden af koordination mellem de involverede aktører, hvad de sygemeldte lægger vægt på, og hvad der kunne gøres bedre set fra deres synspunkt.

⁹Ved komorbiditet forstås en person, der lider af flere sygdomme på en gang - f.eks. dårlig ryg og depression eller hjertekarsygdom og type 2 diabetes.

5.1 Metode og materiale

COWI har gennemfórt en spørgeskemaundersógelse af en stratificeret stikpróve bestående af 2.000 langtidssygemeldte borgere med mindst otte ugers fravær i seks af de udvalgte kommuner i projektet¹⁰.

Hver sygemeldt borger i stikpróven har modtaget et spørgeskema med spørgsmål om den pågældendes:

- 1 baggrund (kón, alder, etnisk baggrund, uddannelse, stilling og arbejde inden sygemeldingen)
- 2 sygemeldingsårsager, symptomer og sygdomme - inklusive en skala af spørgsmål, der viser forekomsten af depressive symptomer, angst og generelle symptomer på dårligt psykisk helbred
- 3 kontakter med behandlere og de óvrige centrale aktórer
- 4 oplevelse og vurdering af kontakten med aktórerne - og ikke mindst af sammenhængen i den tilbudte indsats og i samarbejdet mellem aktórerne
- 5 forslag til forbedringer.

En række af spørgsmålene er hentet fra tidligere gennemfórté undersógelser, og er således gennempróvede og testede. Herudover er udarbejdet spørgsmål, der er specifikke for netop denne undersógelse.

Spørgeskemaerne blev udsendt den 25. august 2009 sammen med en frankeret svarkuvert. Der blev efterfólgende udsendt to skriftlige rykkere henholdsvis to og fire uger efter første udsendelse. Med henblik på at óge motivationen for at deltage i undersógelser blev der blandt de indkomne besvarelser trukket lod om et rejsegavekort. Dataindsamlingen blev afsluttet den 2. oktober 2009. Der blev returneret 1.195 skemaer, hvilket svarer til en svarprocent på 60 procent¹¹.

Dataindsamlingen blev foretaget af Catinét Research. Dataanalyse og rapportering er gennemfórt af COWI. Undersógelser er anmeldt til og godkendt af Datatilsynet.

¹⁰ En af kommunerne i det samlede projekt - Vesthimmerland - indgár ikke i spørgeskemaundersógelser.

¹¹ Når der ses der bort fra 40 skemaer, der kom retur, fordi adressen var forkert eller lignende.

Stratificeret stikprøve For at sikre et tilstrækkeligt antal besvarelser fra hver kommune blev der tilfældigt udtrukket mindst 300 sygedagpengemodtagere fra de enkelte kommuner, idet antallet af udtrukne blev øget for Esbjerg og Århus kommuner vedkommende pga. det relativt store antal sygedagpengemodtagere i disse to kommuner.

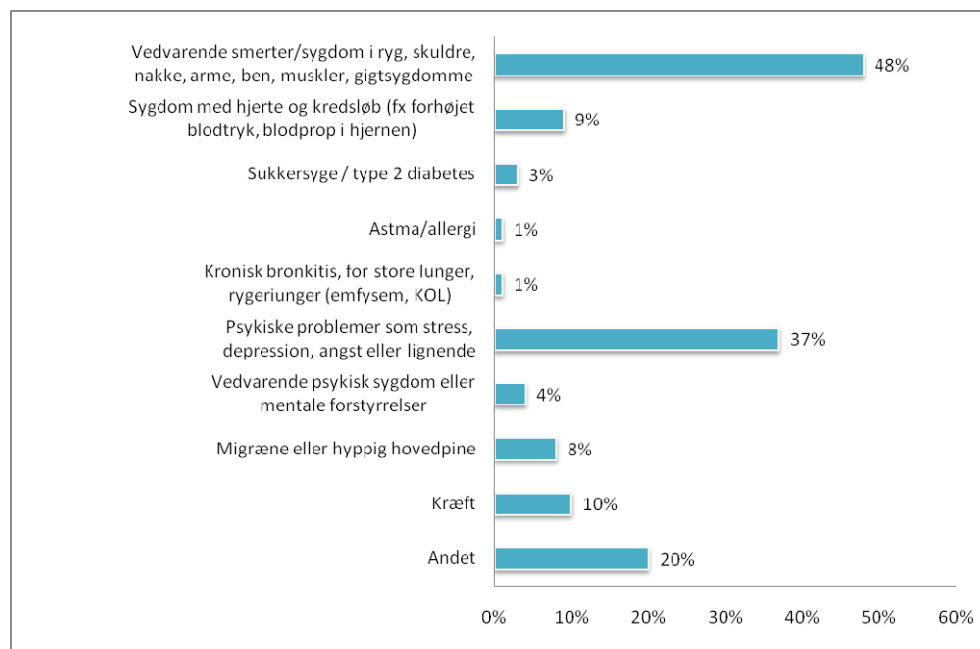
Vægtede analyser Med det formål at sikre, at analyserne giver et dækkende billede af den samlede population af sygedagpengemodtagere i de seks deltagende kommuner er der efterfølgende foretaget en vægtning efter kommunetilhørsforhold i forbindelse med analyserne. De anvendte vægte er beregnet på grundlag af en opgørelse af forholdet mellem antallet af besvarede spørgeskemaer og antallet af sygedagpengemodtagere med mindst otte ugers fravær i hver kommune.

De vægtede resultater kan dermed opfattes som et udtryk for de erfaringer, holdninger og vurderinger, der kommer til udtryk hos den samlede gruppe af sygedagpengemodtagere i de seks kommuner tilsammen¹².

5.2 Helbredsproblemer blandt sygedagpengemodtagerne

Helbredsproblemer Figur 5.1 viser, hvilke sygdomme sygedagpengemodtagerne angiver som årsag til sygefraværet. Hver sygedagpengemodtager har haft mulighed for at angive flere sygdomsårsager.

Figur 5.1 Sygedagpengemodtagernes helbredsproblemer. Andel der angiver, at de følgende helbredsproblemer førte til deres sygemelding.



Sygedagpengemodtagerne kunne angive flere svar, hvorfor summen af procenterne kan overstige 100.

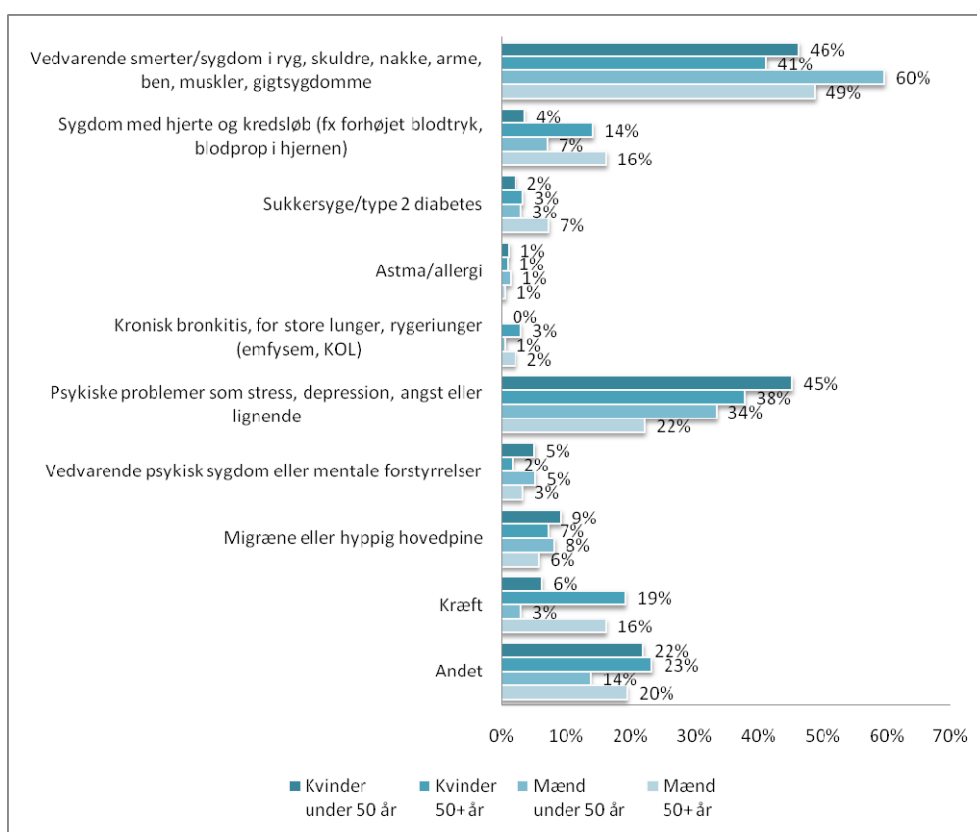
¹² Under forudsætning af, at de sygedagpengemodtagere, der har valgt at deltage i undersøgelsen ikke afviger systematisk fra de, der ikke har ønsket at deltage. COWI har ikke indikationer på, at det skulle være tilfældet.

Bevægeapparatsymptomer og -sygdomme (i det følgende betegnet som bevægeapparatsygdomme) optræder hos ca. halvdelen af sygedagpengemodtagerne (48 %). Det drejer sig bl.a. om smerter i ryg, skuldre, nakke, arme, ben og gigt mv. Også knoglebrud og lignende efter ulykkestilfælde indgår i denne gruppe.

Psykiske problemer som stress, depression, angst og lignende nævnes af mere end hver tredje (37 %).

Herefter følger sygdomme som kræft (10 %), hjertekarsygdomme (9 %), og migræne (8 %). Vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser nævnes kun af få (4 %).

Figur 5.2. Sygedagpengemodtagernes helbredsproblemer. Andel der angiver, at de følgende helbredsproblemer førte til deres sygemelding.



Sygedagpengemodtagerne kunne angive flere svar, hvorfor summen af procenterne kan overstige 100.

Figur 5.2 giver et billede af helbredsproblemerne i de forskellige grupper af sygedagpengemodtagere. Bevægeapparatsygdomme optræder i særlig grad blandt mændene under 50 år. Psykiske problemer optræder i særlig grad blandt kvinderne, og kræft og hjertekarsygdomme optræder i særlig grad blandt sygedagpengemodtagerne over 50 år.

Komorbidity

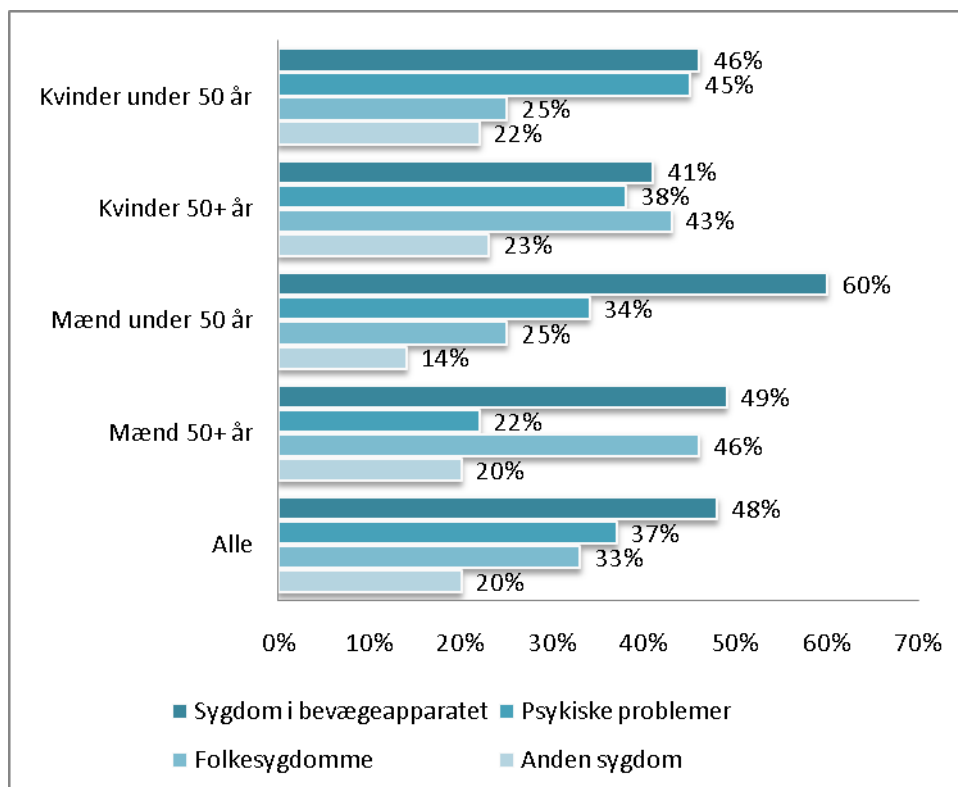
32 procent angiver mere end et af de helbredsproblemer, der er vist i Figur 5.1 og Figur 5.2. Forekomsten af komorbidity blandt undersøgelsens sygedagpengemodtagere er sandsynligvis endnu større, da enkelte af svaremulighederne i

spørgeskemaet omfatter mere end et helbredsproblem, som det fremgår af figuren.

Figur 5.3 giver et samlet overblik over hovedtyper af sygedagpengemodtageres helbredsproblemer. Som nævnt angiver 48 procent af sygedagpengemodtagerne sygdom i bevægeapparatet, 37 procent angiver psykiske problemer, 33 procent angiver en af de store sygdomme¹³, og 20 procent angiver anden sygdom.

En yderligere analyse viser, at 27 procent alene rapporterer sygdomme i bevægeapparatet, 18 procent har alene psykiske problemer, og 5 procent har både sygdom i bevægeapparatet og psykiske problemer (men ikke andre typer af helbredsproblemer). 13 procent har alene sygdomme, og 37 procent har enten anden sygdom eller en kombination af flere sygdomstyper.

Figur 5.3. Andel af sygedagpengemodtagerne, der har de viste helbredsproblemer

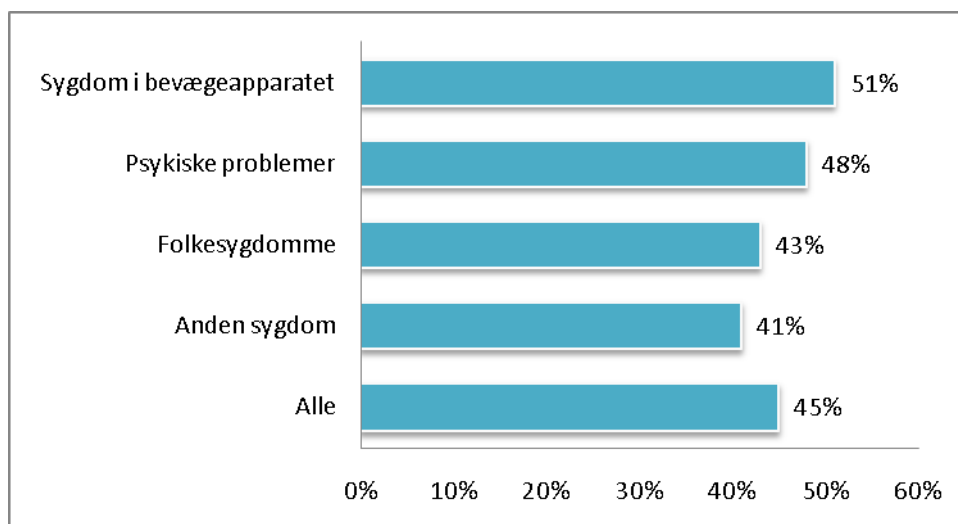


Gengangere

Op imod halvdelen af sygedagpengemodtagerne er gengangere - dvs. at de på et tidspunkt inden aktuelle sygdommelding har været sygdomsmeldt uafbrudt i mindst to måneder (Figur 5.4). Det er i særlig grad tilfældet de sygdomsmeldte, der har sygdomme i bevægeapparatet - herunder blandt de, der både har sygdomme i bevægeapparatet og psykiske problemer. Der er ikke afgørende forskel på andelen af gengangere i de seks kommuner i undersøgelsen.

¹³ Dvs. sygdom med hjerte og kredsløb, sukkersyge/ type 2 diabetes, astma/ allergi, kronisk bronchitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL), vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser, migræne/ hyppig hovedpine eller kræft.

Figur 5.4. Gengangere blandt sygedagpengemodtagerne. Andel af sygedagpengemodtagerne, der på et tidspunkt inden den aktuelle sygemelding har været sygemeldt uafbrudt i mindst to måneder.



Psykiske symptomer

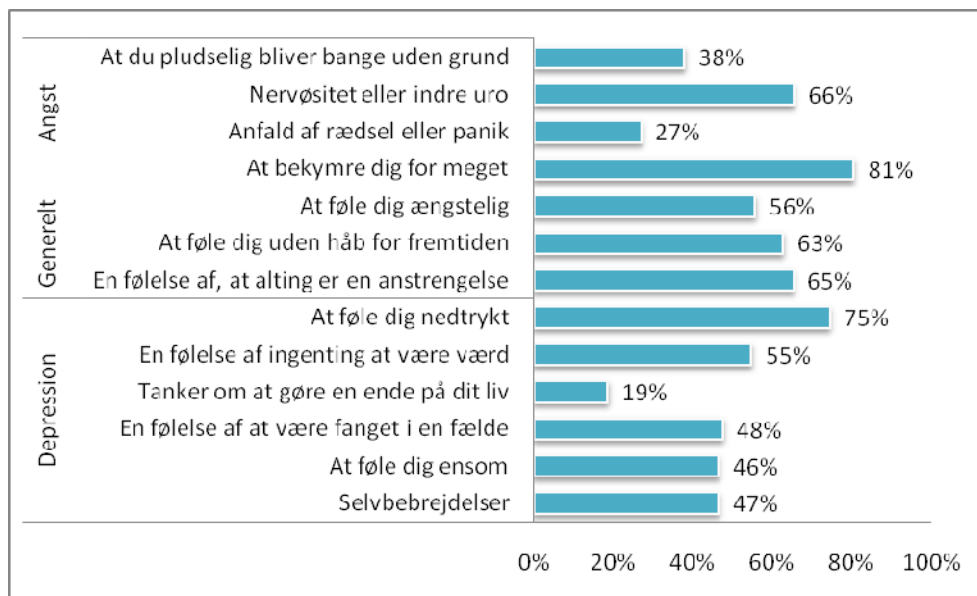
Stress, depression og lignende fylder erfaringsmæssigt meget hos mange sygedagpengemodtagere. For at belyse dette nærmere indeholder spørgeskemaet derfor en skala af spørgsmål, der viser forekomsten af depressive symptomer, angst og generelle symptomer på dårligt psykisk helbred. I spørgsmålene spørges der til, om man inden for de sidste fire uger har været generet af de forskellige symptomer. Skalaen er anvendt i andre undersøgelser i Danmark¹⁴.

91 procent af undersøgelsens sygedagpengemodtagere har været generet af mindst et af de psykiske symptomer inden for de sidste fire uger. Som det fremgår af Figur 5.5, er de hyppigste symptomer bekymringer nervøsitet, indre uro, en følelse af, at alting er en anstrengelse og manglende håb. for fremtiden

Hver femte sygedagpengemodtager har inden for de sidste fire uger haft tanker om at gøre en ende på deres liv.

¹⁴ Sjøgaard HJ. Psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte. Region Midtjylland. Regionspsykiatrien Herning, 2007.

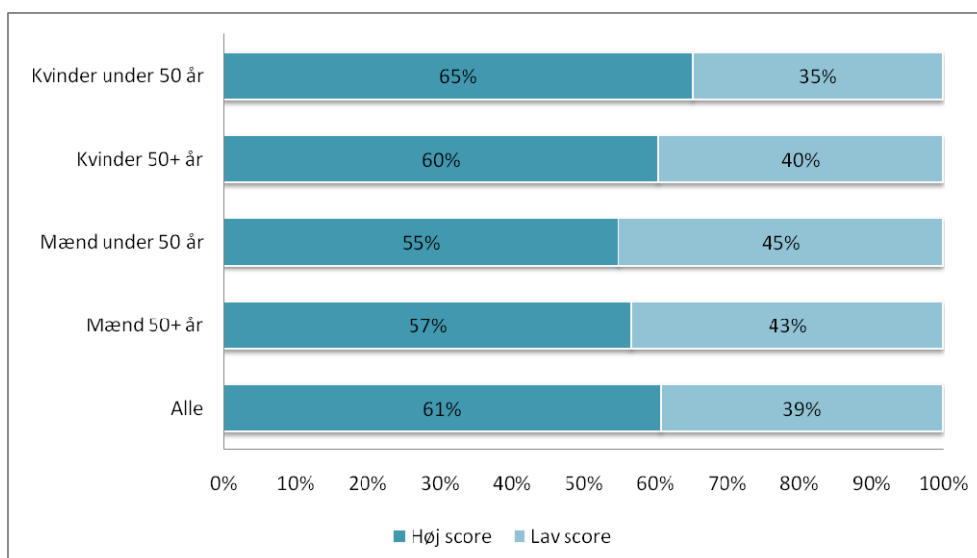
Figur 5.5. *Andel af sygedagpengemodtagerne, der de sidste fire uger har været generet af forskellige psykiske symptomer.*



Psykisk score - alvorlig psykisk belastet situation

I Figur 5.6 er besvarelsene opdelt i to kategorier, alt efter hvor mange symptomer den enkelte sygedagpengemodtager har. En høj psykisk score er udtryk for, at den pågældende har seks eller flere psykiske symptomer. En lav psykisk score er udtryk for, at der er fem eller færre psykiske symptomer.

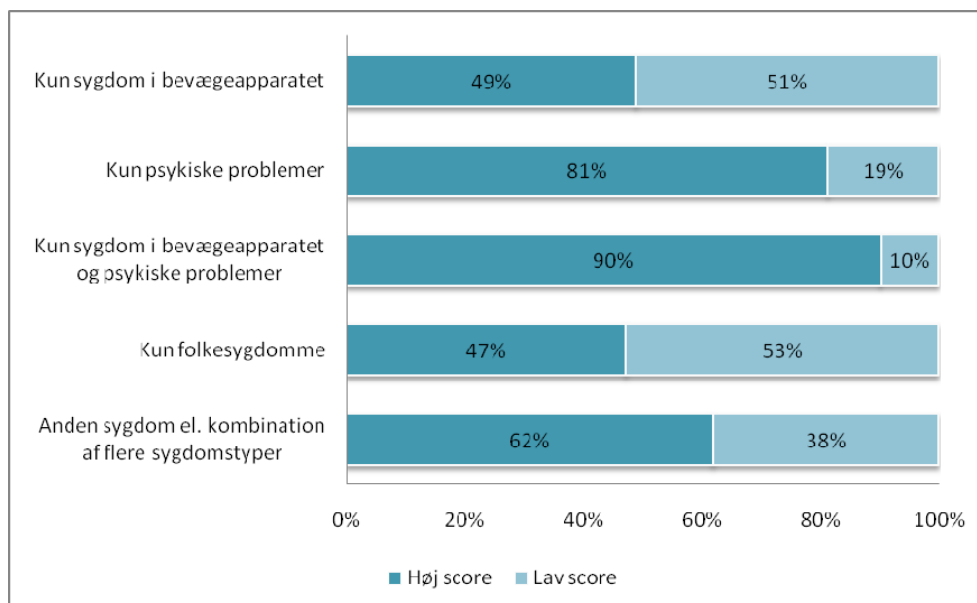
Figur 5.6. *Sygedagpengemodtagerne fordelt efter psykisk score*



Som det ses, har op imod to tredjedele af sygedagpengemodtagerne (61 %) en høj psykisk score, hvilket kan ses som udtryk for, at de har en alvorlig psykisk belastet situation. Denne - høje - andel svarer til, hvad man har fundet i andre

undersøgelser blandt sygedagpengemodtagere¹⁵. Andelen er særlig høj blandt de sygemeldte kvinder under 50 år (65 %).

Figur 5.7. Sygedagpengemodtagere fordelt efter psykisk score. Opdelt efter typen af helbredsproblemer.



Omkring halvdelen af de sygemeldte med sygdomme eller sygdomme i bevægeapparatet har en høj psykisk score og dermed efter alt at dømme en alvorlig psykisk belastet situation. Blandt de sygemeldte, der oplyser, at de har 'anden sygdom' eller en kombination af flere sygdomstyper, er andelen med en høj psykisk score 62 procent. Blandt de sygedagpengemodtagere, der oplyser, at de er sygemeldte på grund af psykiske symptomer, har stort set alle en høj psykisk score. Det er ikke overraskende, men understreger tyngden af de psykiske problemer, som sygedagpengemodtagerne selv angiver som årsag til sygefraværet.

Komorbiditet - alvorlig psykisk belastning

Komorbiditet er tæt forbundet med psykisk belastning. Blandt de sygemeldte, der angiver mere end et helbredsproblem, har tre ud af fire (73 %) en høj psykisk score.

Sygedagpengemodtagernes forventninger

De sygemeldtes egne forventninger til deres fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet spiller en vigtig rolle for deres tilbagevenden til arbejde.¹⁶

Samlet set forventer to tredjedele af de sygemeldte (65 %) at være i beskæftigelse om et år eller i gang med aktiviteter, der er rettet imod beskæftigelse. Det sidste vil sige uddannelse, revalidering eller fleksjob.

¹⁵ Søgaard HJ. Psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte. Region Midtjylland. Regionspsykiatrien Herning, 2007.

¹⁶ Iversen L, Christensen U. Marginalisering og udstødning på arbejdsmarkedet - omfang og mekanismer. I Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Die P. Medicinsk Sociologi. Munksgaard, 2006

Jo længere uddannelse de sygemeldte har, jo flere forventer at være i beskæftigelse eller i gang med beskæftigelsesrettede aktiviteter om et år. Andelen er således 48 procent blandt de sygemeldte ikke-faglærte, 68 procent blandt de faglærte, 70 procent blandt sygemeldte med kort videregående uddannelse, 72 procent blandt sygemeldte med mellemlang videregående uddannelse og 87 procent blandt sygemeldte med lang videregående uddannelse.

Usikkerheden til situationen om et år er væsentligt større blandt de ikke-faglærte end blandt sygemeldte med en lang videregående uddannelse. I den første gruppe svarer 32 procent 'ved ikke', i den sidstnævnte er den tilsvarende andel kun 3 procent. Det ses af Tabel 5-1, der viser sygedagpengemodtagernes forventninger om et år.

43 procent af sygedagpengemodtagerne forventer at være på arbejdsmarkedet på normale vilkår - dvs. i arbejde på fuld tid eller deltid om et år - og yderligere 7 procent forventer at være under uddannelse eller under revalidering. Relativt mange forventer at have et fleksjob om et år (15 %) - det skal dog huskes, at 4 procent allerede har eller kommer fra et fleksjob, som det fremgår af Figur 5.29. Kun få forventer at være ledige eller fortsat sygemeldte (3 %), men en del forventer at være på førtidspension (11 %) eller modtage efterløn/folkepension (3 %).

Uddannelse og forventninger

Andelen, der forventer at være i arbejde på normale vilkår, vokser med længden af de sygemeldtes uddannelse. Blandt de ikke-faglærte forventer 26 procent at være i arbejde på normale vilkår. Den tilsvarende andel er 41 procent blandt de faglærte, 44 procent blandt de sygemeldte med en kort videregående uddannelse, 53 procent blandt sygemeldte med en mellemlang videregående uddannelse og 74 procent blandt sygemeldte med en lang videregående uddannelse.

Et af de forhold, der kan have betydning for de sygemeldtes forventninger til tilbagevenden til arbejde er, i hvilket omfang arbejdspladsen tilbyder dem vilkår, der gør det lettere at vende tilbage efter en sygdomsperiode. Som vi skal se i det følgende afsnit, er der en klar sammenhæng mellem længden af de sygemeldtes uddannelse, og hvorvidt de modtager sådanne tilbud fra arbejdspladsen. Jo længere uddannelse, jo flere tilbud, der kan lette tilbagevenden til arbejdet. Ikke-faglærte arbejdere modtager i langt mindre grad tilbud fra deres arbejdsgiver, der kan lette tilbagevenden til arbejdet.

Tabel 5-1. Sygedagpengemodtagerne fordelt efter, hvordan disse tror, situationen er om et år. Opdelt efter uddannelse.

	Ikke-faglært	Faglært	Kort videreg. udd.	Mellem-lang videreg. udd.	Lang videreg. udd.	Alle
Jeg tror, jeg er i arbejde på fuld tid	20 %	33 %	31 %	37 %	57 %	32 %
Jeg tror, jeg er i arbejde på deltid	6 %	8 %	13 %	16 %	17 %	11 %
Jeg tror, jeg er ledig	0 %	1 %	0 %	2 %	0 %	1 %
Jeg tror, jeg er sygemeldt	2 %	2 %	0 %	1 %	0 %	2 %
Jeg tror, jeg er under uddannelse	5 %	5 %	7 %	1 %	0 %	4 %
Jeg tror, jeg er under revalidering	3 %	4 %	2 %	4 %	0 %	3 %
Jeg tror, jeg er i fleksjob	14 %	18 %	17 %	14 %	13 %	15 %
Jeg tror, jeg er førtidspensionist	14 %	9 %	12 %	9 %	9 %	11 %
Jeg tror, jeg er efterløner/folkepensionist	3 %	6 %	3 %	2 %	1 %	3 %
Ved ikke	32 %	12 %	12 %	16 %	3 %	18 %
Andet	0 %	1 %	2 %	1 %	0 %	1 %

Typer af helbredsproblemer og forventninger

Sygemeldte, der alene har sygdomme, og sygemeldte der alene har psykiske problemer, forventer i højere grad at være i ordinær beskæftigelse om et år end sygemeldte med de andre typer af helbredsproblemer (Tabel 5-2). Sygemeldte med sygdomme forventer at være i beskæftigelse på fuld tid (58 %), mens en relativt stor del af de sygemeldte med psykiske problemer forventer at være beskæftigelse på deltid (22 %).

Der er relativ stor usikkerhed om, hvordan situationen er om et år blandt de sygemeldte med sygdomme i bevægeapparatet - herunder sygemeldte med sygdom i bevægeapparatet og psykiske problemer samt sygemeldte med anden sygdom eller kombination af flere sygdomstyper. Mellem en femtedel og en tredjedel i disse grupper svarer 'ved ikke' til spørgsmålet.

Specielt blandt de sygemeldte med sygdomme i bevægeapparatet og med 'anden sygdom' eller kombinationer af flere sygdomstyper er der relativt mange, der forventer at være i fleksjob om et år. Blandt sygemeldte med sygdom i bevægeapparatet er andelen 17 procent, blandt sygemeldte med sygdom i bevægeapparatet og psykiske problemer forventer 24 procent at være i fleksjob om et år, og blandt sygemeldte med 'anden sygdom' eller kombinationer af flere sygdomstyper forventer 16 procent at være i fleksjob om et år.

Tabel 5-2. Sygedagpengemodtagerne fordelt efter, hvordan de tror situationen er om et år. Opdelt efter typen af helbredsproblemer.

	Kun sygdom i bevægeapparatet	Kun psykiske problemer	Kun sygdom i bevægeapparatet og psykiske problemer	Kun sygdomme	Anden sygdom el. kombination af flere sygdomstyper
Jeg tror, jeg er i arbejde på fuld tid	28 %	34 %	9 %	58 %	28 %
Jeg tror, jeg er i arbejde på deltid	9 %	22 %	9 %	9 %	7 %
Jeg tror, jeg er ledig	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %
Jeg tror, jeg er sygemeldt	3 %	0 %	1 %	2 %	1 %
Jeg tror, jeg er under uddannelse	2 %	7 %	10 %	2 %	3 %
Jeg tror, jeg er under revalidering	5 %	4 %	3 %	0 %	4 %
Jeg tror, jeg er i fleksjob	17 %	10 %	24 %	10 %	16 %
Jeg tror, jeg er førtidspensionist	9 %	7 %	11 %	8 %	16 %
Jeg tror, jeg er efterløner/folkepensionist	3 %	3 %	1 %	2 %	5 %
Ved ikke	24 %	12 %	32 %	9 %	17 %
Andet	0 %	1 %	1 %	0 %	1 %

5.3 Kontakt til arbejdsgiver

Kontakt til arbejdsgiver

Kontakt til arbejdsgiveren under sygemeldingen har betydning for, om den sygemeldte vender tilbage til arbejdspladsen, og hvor kompliceret forløbet omkring tilbagevenden bliver¹⁷.

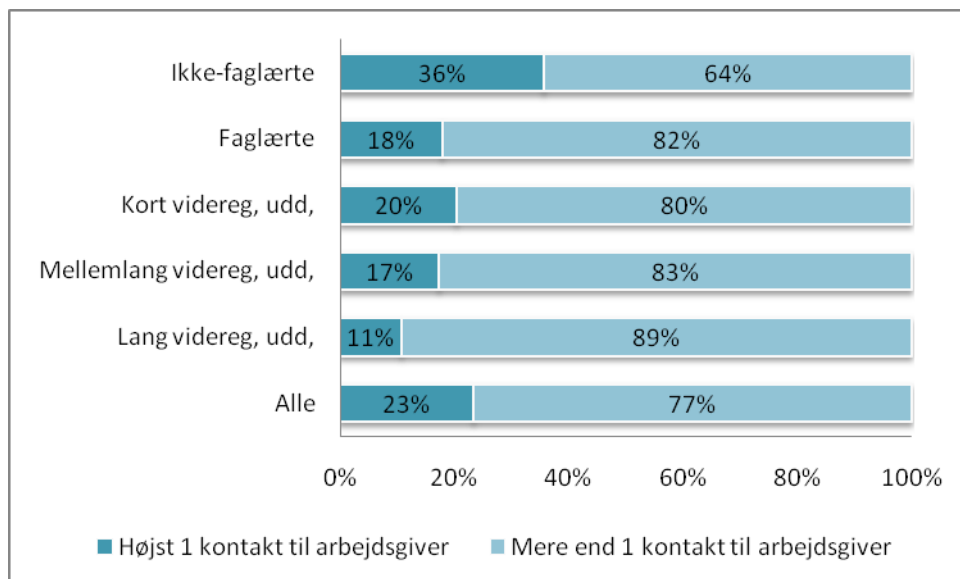
5.3.1 Kontakt under sygemeldingen

Kontakt under sygemeldingen

Tre fjerdedele (77 %) af de sygemeldte har haft mere end én kontakt til arbejdsgiveren mens de har været sygemeldt. Andelen, der alene har haft én kontakt til arbejdsgiveren, er noget større blandt de ikke-faglærte arbejdere end blandt de øvrige grupper af sygemeldte (Figur 5.8). En yderligere analyse viser, at det også er billedet, når analysen alene omfatter sygemeldte, der *ikke* er blevet sagt op i forbindelse med sygemeldingen.

¹⁷ Høgelund, J. m.fl. (2007): *Effekter af ændringer i sygedagpengeloven. Opfølgning på sygedagpenge. SFI. Det Nationale forskningscenter for velfærd. Del II. 08:07.*

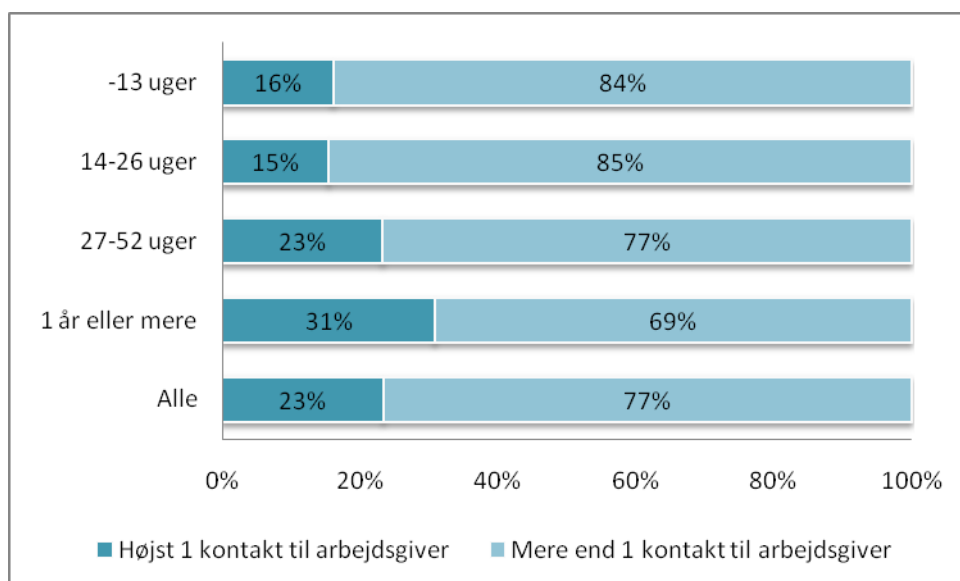
Figur 5.8. Sygedagpengemodtagerne fordelt efter deres kontakt til arbejdsgiveren. Opdelt efter den sygemeldtes uddannelse.



I figuren indgår alene sygedagpengemodtagere, der har haft én arbejdsgiver.

Jo længere sygemelding - jo færre har haft mere end én kontakt med arbejdsgiveren. Dette resultatet er nogenlunde det samme, når vi alene ser på sygemeldte, der *ikke* er blevet opsagt af deres arbejdsgiver. Blandt forklaringerne kan måske være færre ressourcer hos de sygemeldte kombineret med en større tilbageholdenhed fra arbejdsgiverens side ved lang, alvorlig og kompliceret sygdom.

Figur 5.9. Sygedagpengemodtagerne fordelt efter deres kontakt til arbejdsgiveren. Opdelt efter sygemeldingens varighed.



I figuren indgår alene sygedagpengemodtagere, der har haft én arbejdsgiver.

5.3.2 Tilbud fra arbejdsgiveren

Tilbud fra arbejdsgiveren

Mulighederne for at tilpasse arbejdsforholdene til den sygemeldtes behov kan i nogle tilfælde have stor betydning for, om og hvor hurtigt den sygemeldte kan vende tilbage til arbejdet.

Alt i alt har halvdelen af de sygemeldte i undersøgelsen ikke fået tilbud fra arbejdsgiveren, der kunne gøre det lettere at vende tilbage efter sygdomsperioden (Tabel 5-3). Hver tredje af de sygemeldte oplyser, at deres arbejdsgiver har opsagt dem i stedet.

Der er en klar sammenhæng mellem længden af de sygemeldtes uddannelse, og hvorvidt de modtager tilbud fra arbejdspladsen. Jo længere uddannelse, jo flere tilbud, der kan lette tilbagevenden til arbejdet. Det er f.eks. tilfældet med hensyn til tilbud om nedsat arbejdstid. Jo længere uddannelse de sygemeldte har, jo større er chancen for, at de får tilbud om at gå ned i tid.

Tabel 5-3. Sygedagpengemodtagerne fordelt efter, om deres arbejdsgiver har tilbudt nogle af de følgende muligheder.

	Ikke-faglærte	Faglærte	Kort videreg. udd.	Mellem-lang videreg. udd.	Lang videreg. Udd.	Alle
Nej, min arbejdsgiver har ikke tilbudt mig noget	66 %	53 %	45 %	37 %	21 %	50 %
Nej, min arbejdsgiver har opsagt mig	36 %	29 %	36 %	32 %	28 %	33 %
Ja, et andet job på virksomheden	5 %	13 %	6 %	11 %	19 %	11 %
Ja, nedsat arbejdstid	23 %	34 %	37 %	43 %	54 %	34 %
Ja, særlig indretning eller tilpasning af arbejdspladsen	6 %	9 %	9 %	8 %	22 %	9 %
Ja, sundhedstilbud på arbejdspladsen (f.eks. fysio- eller ergoterapi, sundhedscheck)	3 %	2 %	5 %	2 %	9 %	3 %
Ja, et nyt job, hvor der ikke kræves en fuld arbejdsindsats, fx fleksjob	3 %	9 %	7 %	8 %	21 %	7 %
Ja, andet	6 %	6 %	8 %	12 %	17 %	8 %

I tabellen indgår alene sygedagpengemodtagere, der har haft en arbejdsgiver.

Mens to tredjedele af de sygemeldte ikke-faglærte (66 %) ikke har modtaget et tilbud fra deres arbejdsgiver, der kan lette tilbagevenden til arbejdet, er den tilsvarende andel 21 procent blandt de sygemeldte med en lang videregående uddannelse. Sygemeldte med en lang videregående uddannelse har hyppigere fået tilbud om et andet job på virksomheden, om nedsat arbejdstid, om særlig indretning af arbejdspladsen, om et nyt job, hvor der ikke kræves en fuld arbejdsindsats, som f.eks. et fleksjob samt andre tilbud.

Der er derimod ikke signifikant forskel mellem de enkelte uddannelsesgrupper med hensyn til, hvor mange, der er blevet sagt op af deres arbejdsgiver.

5.4 Samspillet - koordinationen mellem beskæftigelses- og sundhedsindsatsen

5.4.1 Kontakt

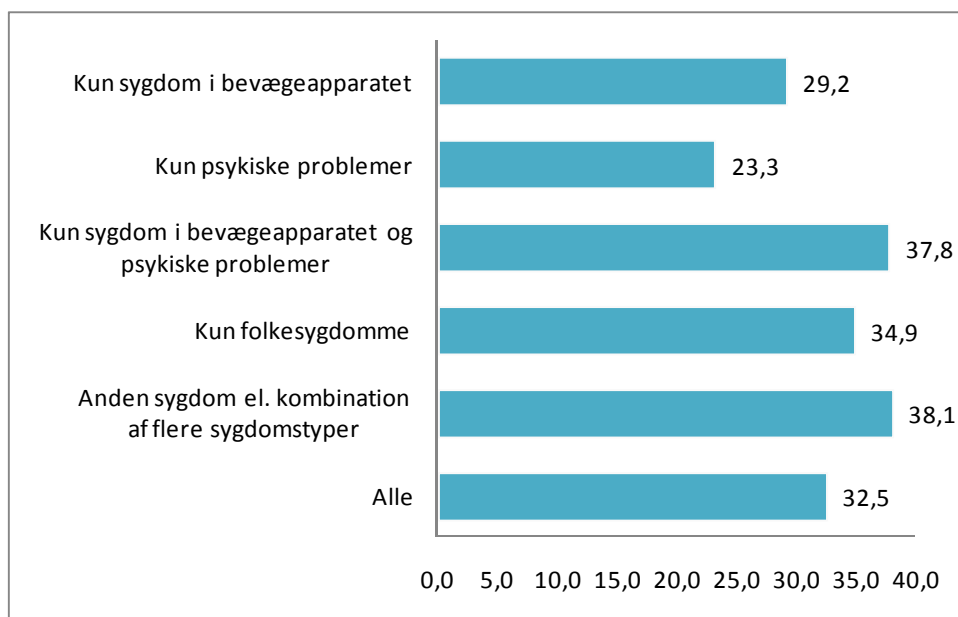
Antallet af kontakter

Sygedagpengemodtagerne har omfattende kontakt med sundhedsvæsenet og kommunen i forbindelse med deres sygemelding.

Figur 5.10 og Figur 5.11 viser de sygemeldtes gennemsnitlige antal møder og behandlinger med forskellige dele af sundhedsvæsenet, jobcenteret og andre aktører i forbindelse med deres aktuelle sygemelding.

Som det fremgår, har de sygemeldte massiv kontakt til de relevante aktører og specielt sundhedsvæsenet. I gennemsnit har hver sygedagpengemodtager haft 32,5 kontakter til sundhedsvæsenet og de øvrige aktører, der er vist i Figur 5.11.

Figur 5.10. Sygedagpengemodtagernes gennemsnitlige antal møder/behandlinger.

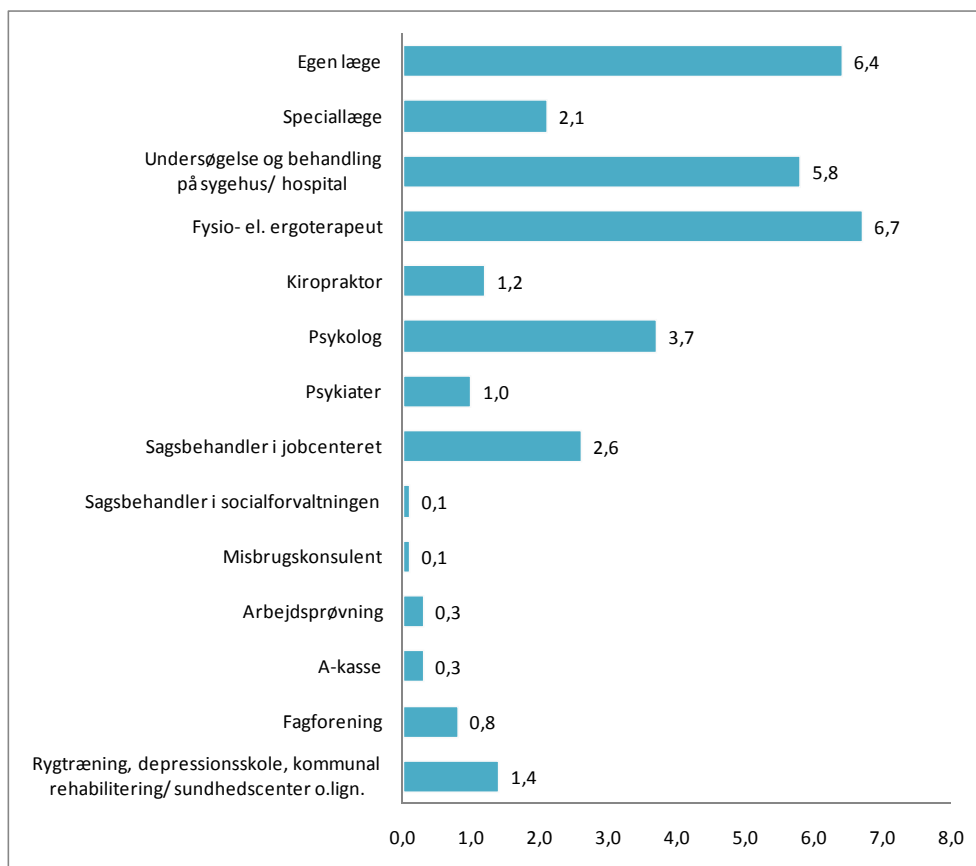


I figuren indgår møder/behandlinger med/hos egen læge, speciallæge, sygehus, fysio- eller ergoterapeut, kiropraktor, psykolog, psykiater, sagsbehandler i jobcenteret, sagsbehandler i socialforvaltningen, misbrugskonsulent, arbejdsprøvning, A-kasse, fagforening samt rygtræning, depressionsskole, kommunal rehabilitering/ sundhedscenter o.l..

Flest kontakter har sygemeldte med 'anden sygdom' eller en kombination af flere sygdomstyper (38,1 kontakter) samt sygemeldte med både sygdom i bevægeapparatet og psykiske problemer (37,8 kontakter). Færrest har sygemeldte der alene har psykiske problemer (23,3 kontakter).

De sygemeldte har især kontakt med fysio- og ergoterapeuter (6,7 kontakter), egen læge (6,4 kontakter) og sygehuse (5,8 undersøgelser/ behandlinger).

Figur 5.11. Sygedagpengemodtagernes gennemsnitlige antal møder behandlinger hos de følgende parter i forbindelse med den nuværende sygemelding.

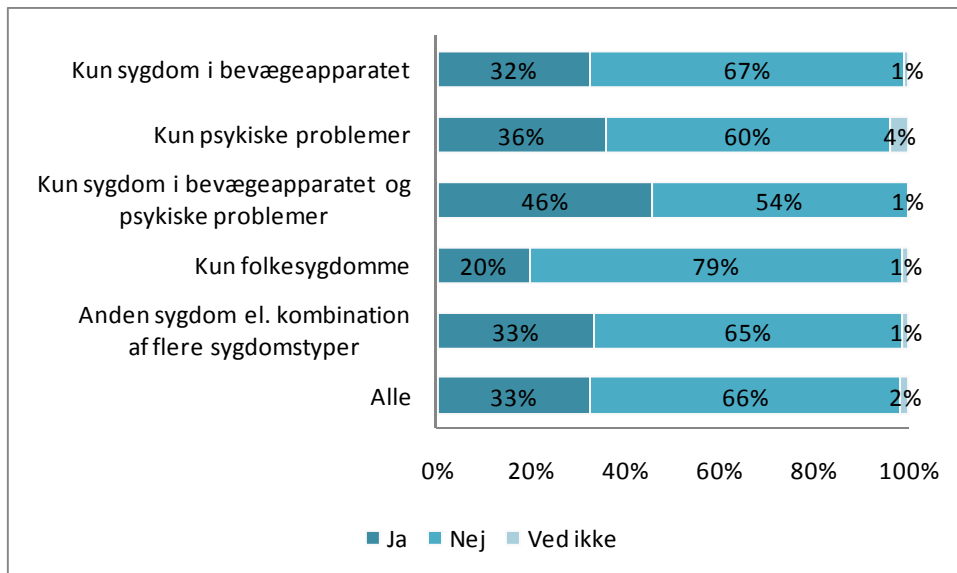


Rundbordssamtaler

Rundbordssamtaler med deltagelse af den sygemeldte og en række af de centrale aktører kan som nævnt være en måde at styrke koordineringen af indsatsen over for de sygemeldte.

Alt i alt oplyser en tredjedel af de sygemeldte (33 %), at de har deltaget i en rundbordssamtale med deltagelse af f.eks. jobcenter, arbejdsgiver, læge og psykolog i løbet af sygemeldingen (Figur 5.12). Det er især den del af de sygemeldte med både sygdom i bevægeapparatet og psykiske problemer, der har deltaget (46 %). Til sammenligning er den tilsvarende andel 20 procent blandt sygemeldte med udbredte sygdomme som hjertekarsygdom, diabetes og kræft.

Figur 5.12. Andelen af sygedagpengemodtagerne, der har været til en rundbords-samtale med deltagelse af f.eks. jobcenter, arbejdsgiver, læge, psykolog i løbet af sygemeldingen.



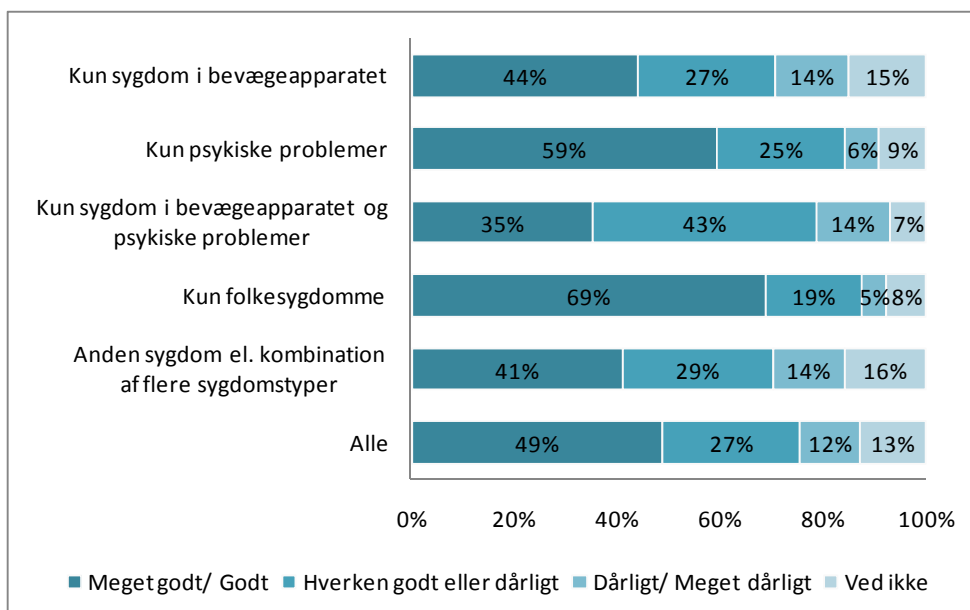
5.4.2 Vurdering af samspillet

Vurdering af samspillet

Hvordan vurderer de langtidssygemeldte samspillet mellem de parter, der har været involveret i deres sygemelding?

Halvdelen (49 %) vurderer samspillet som meget godt eller godt, 12 procent vurderer samspillet som dårligt eller meget dårligt, og 27 procent svarer hverken godt eller dårligt. 13 procent svarer 'ved ikke' (Figur 5.13).

Figur 5.13. Hvad synes du alt i alt om samspillet mellem de parter, der har været involveret i din sygemelding?



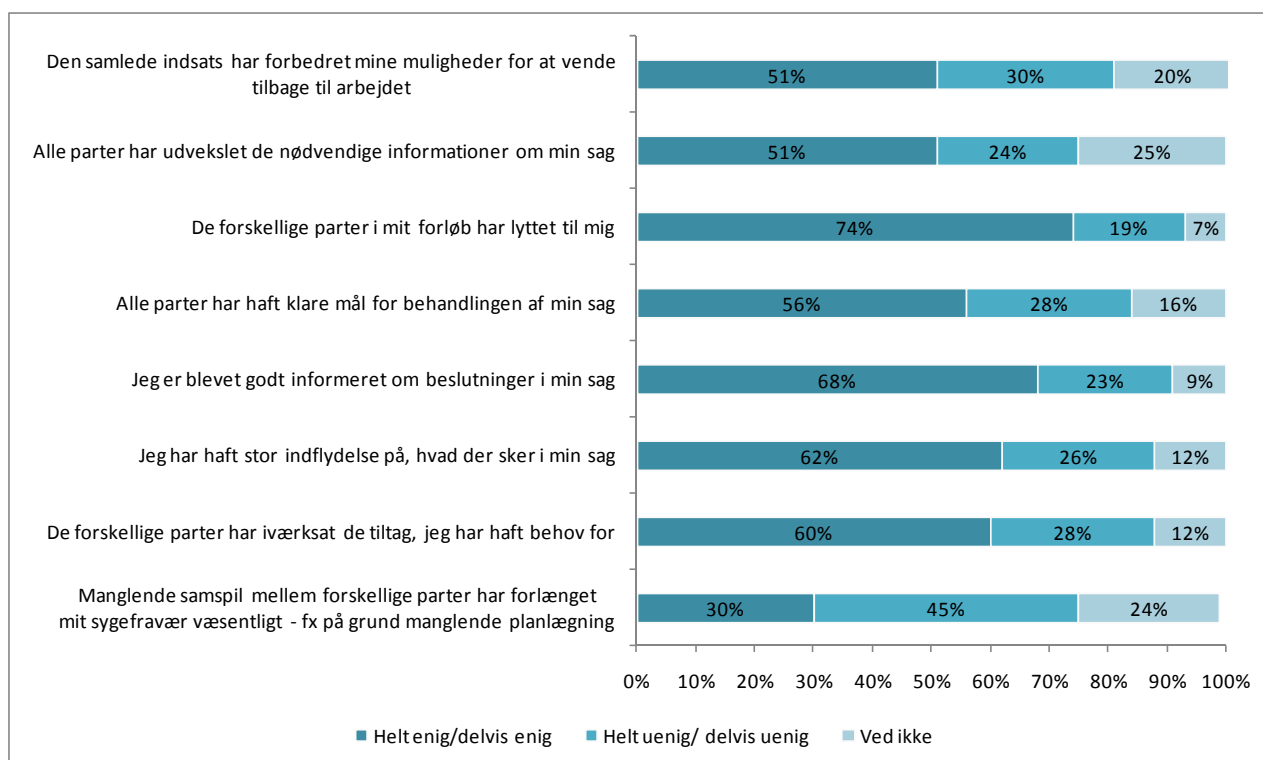
Mest positiv er vurderingen blandt de sygemeldte med sygdomme som hjerte-karsygdom, diabetes og kræft- hvor 69 procent ser som samspillet mellem parterne som meget godt eller godt - og blandt de sygemeldte, der alene har psykiske problemer. Her er den tilsvarende andel 59 procent.

Mindst positiv er vurderingen blandt de sygemeldte, der både har sygdomme i bevægeapparatet og psykiske problemer. I denne gruppe vurderer 35 procent af de sygemeldte samspillet som meget godt eller godt.

Tilfredsheden med samspillet mellem parterne er størst med hensyn til de forskellige parter lydhørhed og information. 74 procent af de sygemeldte giver udtryk for, at de forskellige parter i forløbet har lyttet til dem. 19 procent er uenige, og 68 procent giver udtryk for, at de er blevet godt informeret om beslutninger i deres sag, mens 23 procent er uenige (Figur 5.14).

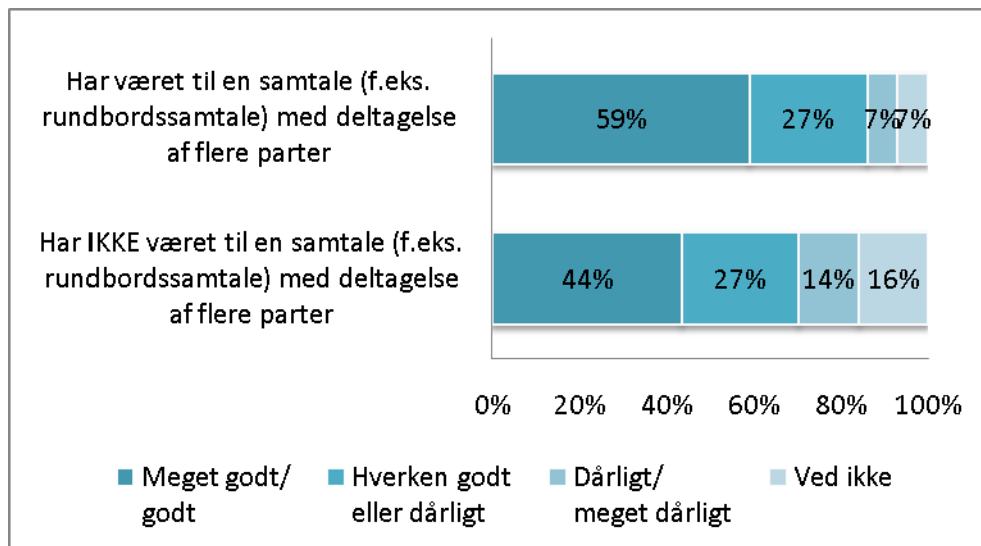
Mindst enighed er der om, at den samlede indsats har forbedret mulighederne for at vende tilbage til arbejdet, hvor 51 procent er enige, mens 30 procent er uenige - og om at alle parter har udvekslet de nødvendige informationer i deres sag (51 % enige - 24 % uenige).

Figur 5.14. *Hvordan vurderer du dit samlede forløb i forbindelse med din sygemelding?*



De sygemeldte, der har deltaget i en rundbordssamtale, vurderer samspillet som mere positivt end de sygemeldte, der ikke har deltaget i en sådan samtale. Blandt de, der har deltaget, vurderer 59 procent, at samspillet mellem parterne har været meget godt eller godt. Blandt de, der ikke har deltaget i en rundbordssamtale, er den tilsvarende andel 44 procent (Figur 5.15).

Figur 5.15. *Hvad synes du alt i alt om samspillet mellem de parter, der har været involveret i din sygemelding? Opdelt efter, om den sygemeldte har deltaget i en 'rundbordsamtale' eller ej.*



En yderligere analyse viser, at rundbordssamtaler især har betydning for sygedagpengemodtagernes vurdering af:

- om den samlede indsats har forbedret deres muligheder for at komme tilbage til arbejdet
- om alle parter har udvekslet de nødvendige informationer i sagen
- om alle parter har haft klare mål for behandlingen af sagen
- om de er blevet godt informeret om beslutninger i sagen
- om de har haft stor indflydelse på, hvad der sker i sagen
- om de forskellige parter har iværksat de tiltag, sygedagpengemodtagerne har haft behov for.

På alle disse områder er sygedagpengemodtagerne mere positive, når de har deltaget i en rundbordssamtale.

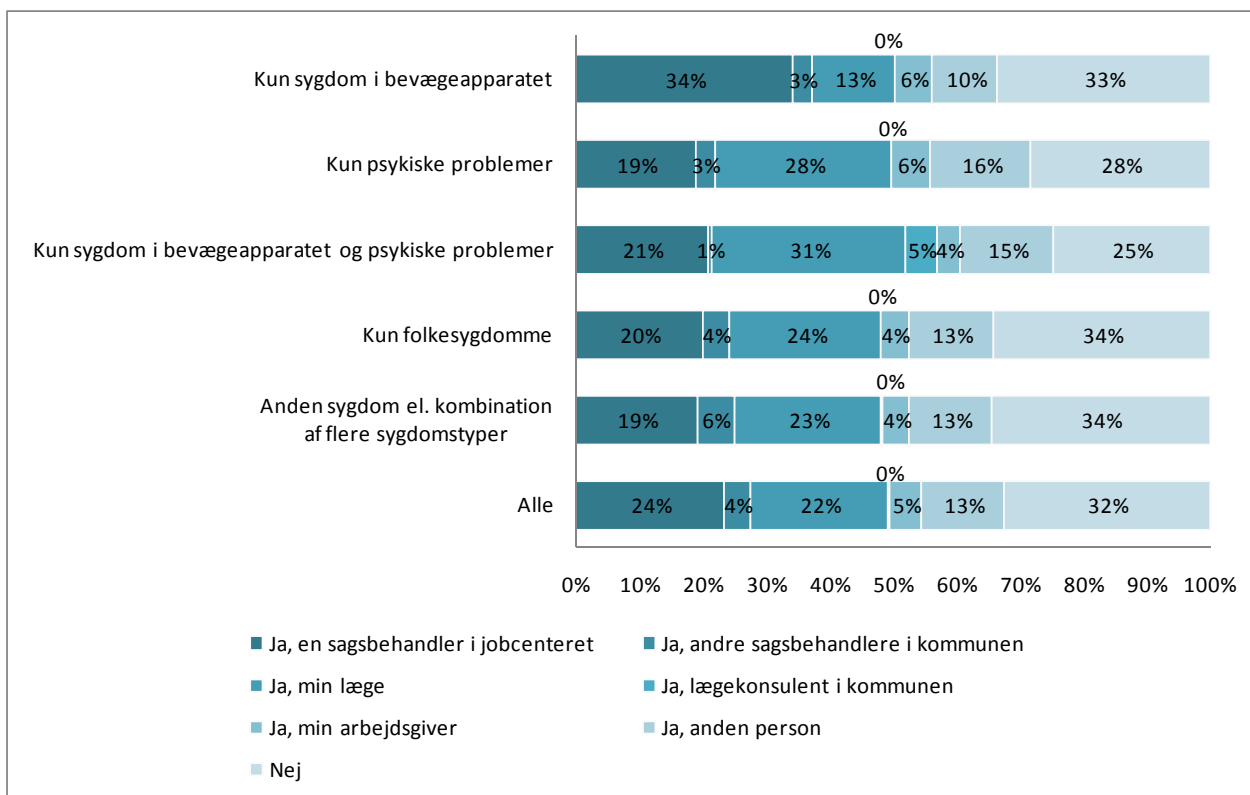
Person, der har taget særligt ansvar

Vi har spurgt sygedagpengemodtagerne, om de føler, der har været en person, der har taget særligt ansvar for, at deres forløb er blevet sammenhængende og godt. Samlet set svarer 68 procent, at der efter deres vurdering har været en sådan person. Specielt sagsbehandlere i jobcenteret og de sygemeldtes egen læge har haft denne funktion efter de sygemeldtes vurdering (Figur 5.16).

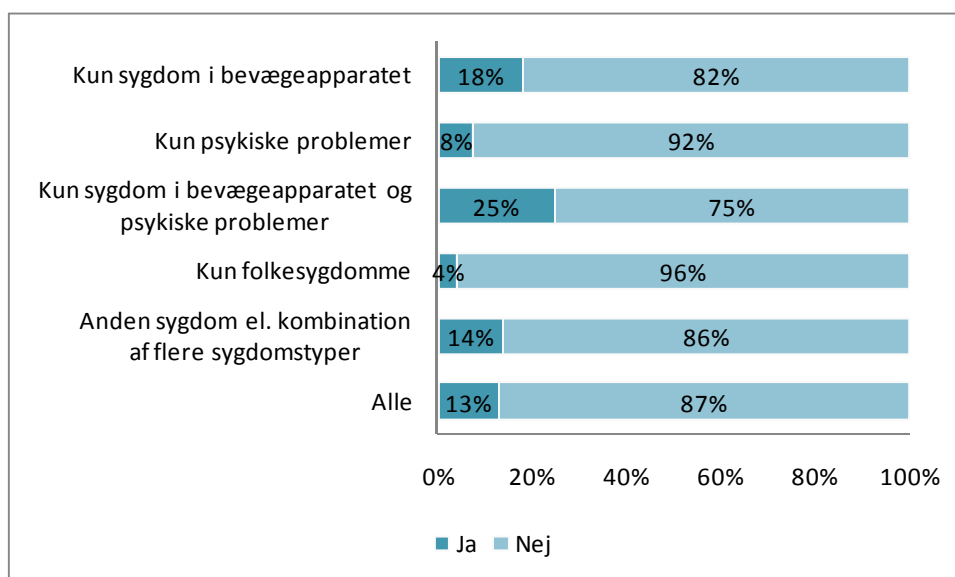
Modarbejde

13 procent af de sygemeldte mener, at nogle af parterne i deres forløb har modarbejdet hinanden (Figur 5.17). Specielt sygemeldte med både sygdom i bevægeapparatet og psykiske problemer mener, at de har oplevet dette (25 %).

Figur 5.16. Føler du, der har været en person, der har taget særligt ansvar for, at dit forløb har været sammenhængende og godt?



Figur 5.17. Har nogle af parterne i dit forløb modarbejdet hinanden?



Multivariat analyse

COWI har foretaget en række multivariate analyser af, hvem der især synes, at samspillet har været dårligt/meget dårligt i forbindelse med deres sygemelding¹⁸.

Analyserne viser, at følgende faktorer især har betydning for, om samspillet vurderes som dårligt/ meget dårligt:

- *Den psykiske score.* En høj score er tegn på omfattende psykiske problemer og giver alt andet lige større tendens til at vurdere samspillet som dårligt.
- *Typen af helbredsproblemer.* Sygemeldte, der alene har sygdom i bevægeapparatet, har alt andet lige større tendens til at vurdere samspillet som dårligt end de øvrige sygemeldte.
- *Deltagelse i en rundbordssamtale.* Sygemeldte, der ikke har deltaget i en rundbordssamtale, har alt andet lige større tendens til at vurdere samspillet som dårligt, end de, der har deltaget i en rundbordssamtale.
- *Samtale med sagsbehandleren i jobcenteret om en af de følgende ting:* om man kan komme tilbage til sin hidtidige arbejdsplads, om man kan skifte til et andet arbejde, om man har behov for særlige kommunale sundhedstilbud, om behandlingen hos den praktiserende læge, om førtidspension, revalidering, arbejde med løntilskud f.eks. et fleksjob, om hvorledes ventetid på speciallæge/indlæggelse kan reduceres. De, der svarer, at de IKKE har talt med sagsbehandleren om noget af ovenstående, har alt andet lige større tendens til at vurdere samspillet som dårligt.
- *Tilbud om et sundhedstilbud i forbindelse med sygemeldingen:* (motion på recept, rygskele osv., rygestop, kostrådgivning, tilbud for borgere med hjertekarsygdomme/sukkersyge, lungesygdomme, eller lign. kronisk sygdom, om man har fået tilbud om håndtering af stress, angst, depression el. lign., tilbud i forbindelse med alkohol, stoffer mv., tilbud om fysioterapi, ergoterapi, massage osv., tilbud om forebyggelseskonsultation/livsstilssamtale hos egen læge, tilbud om genoptræning efter indlæggelse på sygehus, andre sundhedstilbud, f.eks. taleundervisning eller andet.) De, der svarer, at de IKKE har fået tilbudt noget sundhedstilbud, har alt andet lige større tendens til at vurdere samspillet som dårligt.
- De øvrige variabler i analysen har ikke signifikant betydning, når de ovenstående variabler er med. Det drejer sig om: Kommune, køn og alder, samlivsforhold, uddannelse, etnisk baggrund, arbejdsmarkedsstatus lige inden sygemeldingen, komorbiditet, og om man har talt med sin arbejdsgiver (herunder om man har en arbejdsgiver).

¹⁸ Analyserne er gennemført ved hjælp af logistisk regressionsanalyse.

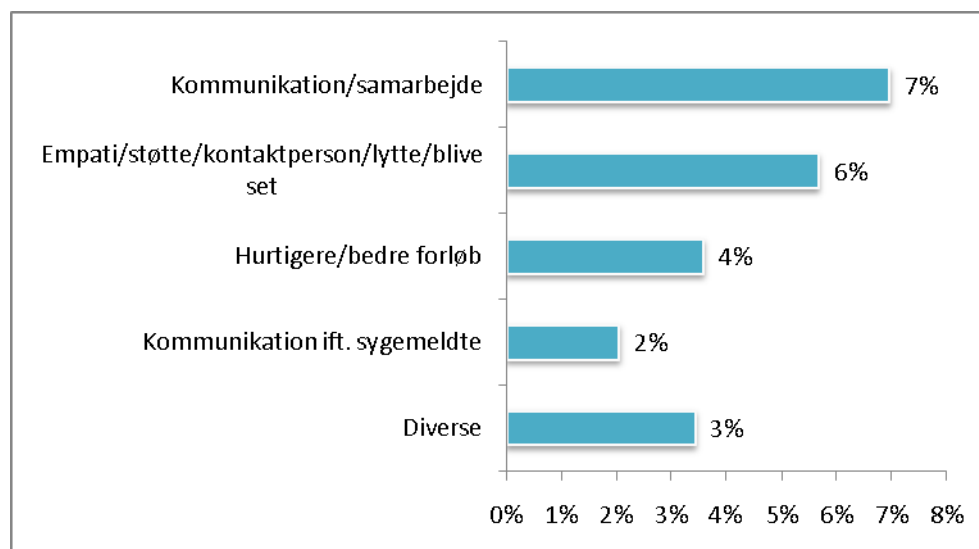
Sygedagpengemodtagernes forslag

5.5 Sygedagpengemodtagernes forslag til forbedringer af koordinatiónen

Sygedagpengemodtagerne blev i et åbent spørgsmål spurgt, om de havde forslag til, hvorledes samspillet mellem de relevante parter kan hjælpe til at afkorte sygefravær og øge mulighederne for at komme tilbage i arbejde. Figur 5.18 giver et overblik over de sygemeldtes svar.

7 procent af alle sygedagpengemodtagere i undersøgelsen peger på behovet for bedre kommunikation og samarbejde mellem parterne. 6 procent peger på, at der er behov for større empati, støtte og lydhørhed og/eller en kontaktperson med ansvar for det samlede forløb, og 4 procent peger på, at der er behov for kortere og hurtigere forløb og en hurtigere indsats.

Figur 5.18. *Overblik over sygedagpengemodtagernes forslag til, hvordan forbedring af samspillet mellem relevante parter kan hjælpe til at afkorte sygefravær og øge mulighederne for at komme tilbage til arbejde.*



De følgende kommentarer fra undersøgelsens deltagere viser nogle typiske eksempler på forslag til forbedring af samspillet. Vi har grupperet disse under de følgende overskrifter:

Bedre/mere kommunikation mellem parterne

- *Hvis man vil samarbejde noget mere og lytte mere til hinanden*
- *At de forskellige instanser arbejder mere effektivt og sammen*
- *Bedre kommunikation mellem parterne og videregivelse af dokumenter og papirer omkring sagen*

- *Sundhedsvæsenet skal være meget mere aktivt og opsøgende*
- *Hvis vi får et sygehusvæsen, som fungerer og formidler informationer videre*
- *Indhentning af viden/hjælp fra specialister fra andre sygehuse & udveksling indbyrdes*
- *Større samspil mellem sundhedsvæsen og jobcenter/kommunen*
- *Socialrådgiver/jobcenter kan have et samarbejde med læge, speciallæge/sygehus og få relevante oplysninger dér. Så den syge ikke skal belastes unødigt og dermed kan koncentrere sig om helbredelse.*
- *Rundbordssamtaler bestående af sagsbehandler, min egen læge og psykolog.*
- *Større dialog mellem jobcenter og arbejdsgiver - f.eks. tilbud om, hvad kommunen kan gøre for at hjælpe*
- *Min leder virker til at have været dårligt informeret. Så bedre information til arbejdsgiver/leder om situationen, regler osv.*
- *Jobcenteret skal i højere grad kontakte jobbet, så kontakten ikke sker via jobtageren.*

Større empati, støtte og lydhørhed/kontaktperson med ansvar for forløb

- *Giv en person ansvar for forløbet*
- *At jeg har den samme rådgiver, hvad enten jeg er rask eller syg*
- *At en som kender systemerne indefra har ansvar for hver patient og skaber en sammenhæng. Almindelige mennesker har ikke en chance for at vide hvornår, og hvad der skal gøres*
- *Lytte mere til den sygemeldte*
- *God dialog, fokus på kompetencer, og hvad der er relevant for at støtte den enkelte*
- *En socialrådgivers største opgave må da være at lytte og snakke for borgers sag - men alting gøres op i kroner og ører i dag*
- *Medmenneskelighed, giv den syge opbakning, så han/hun gerne vil tilbage på arbejdsmarkedet.*

Kortere/hurtigere forløb og hurtigere indsats

- *Hjælp skal hurtigere iværksættes, og systemet gøres lettere. For mange instanser før handling*
- *Hurtigt møde mellem alle parter: Hospital, læge (egen), jobcenter, arbejdsgiver og pågældende - rundbordsmøde - med klare afklarings- og behandlingsmål*
- *At der er hurtigere adgang til indledende undersøgelser*
- *Hurtigere sagsbehandling i jobcenteret.*

Bedre/mere kommunikation mellem parterne og sygedagpengemodtageren

- *Nogle flere samtaler med os, som er syge*
- *At der var lidt mere samspil mellem mig, fysioterapeut, læge og jobkonsulent på én gang, f.eks. ved et møde*
- *Bedre kommunikation og at ansatte i sygedagpenge, blive uddannet i menneskeforståelse.*

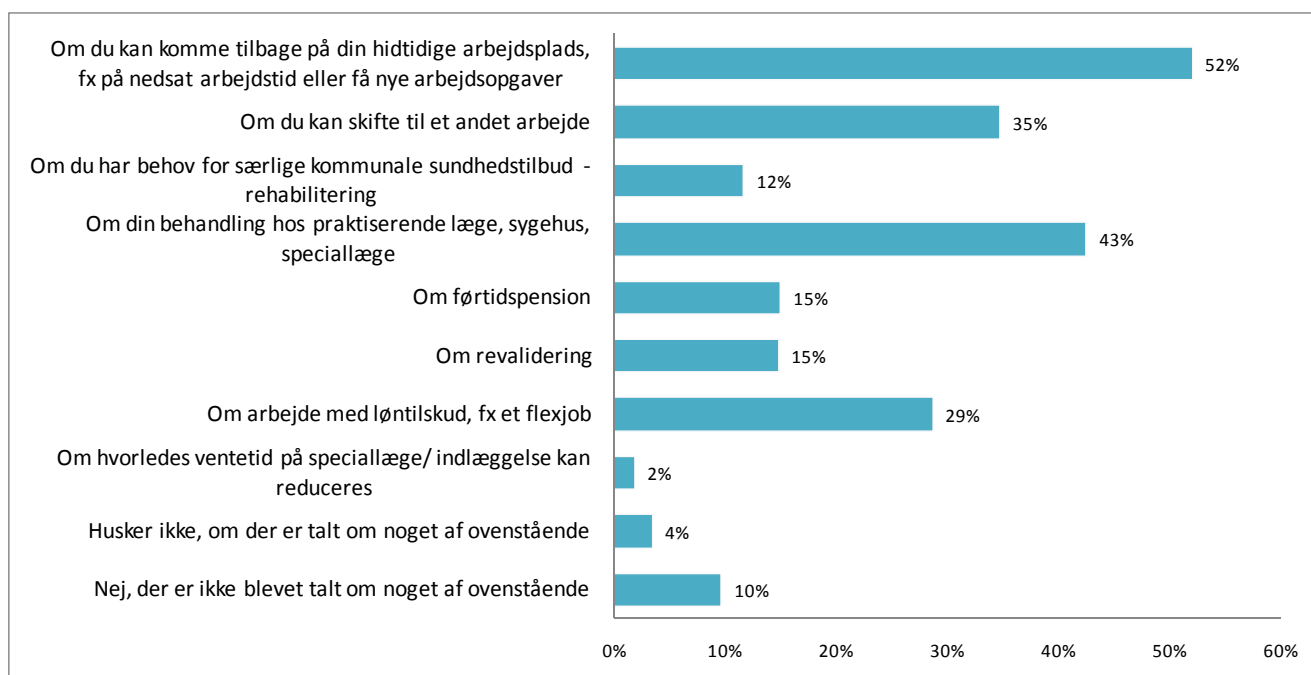
5.6 Kontakt til jobcenter

5.6.1 Indhold af samtalerne

Kontakt til jobcenter

Vi har spurgt undersøgelsens sygedagpengemodtagere, hvilke emner der er blevet taget op på møderne med sagsbehandlerne i jobcenteret. Besvarelserne fremgår af Figur 5.19.

Figur 5.19. Andel af sygedagpengemodtagerne, der oplyser, at der er blevet talt om følgende muligheder på møderne med sagsbehandlerne i jobcenteret.



Mulighederne for at komme tilbage til den hidtidige arbejdsplads, f.eks. på nedsat tid eller med nye arbejdsopgaver (52 %), mulighederne for at skifte til et andet arbejde (35 %) samt mulighederne for at få arbejde med løntilskud (29 %) er sammen med behandlingen hos den praktiserende læge, sygehuset eller speciallægen (43 %) blandt de hyppigste temaer i jobcentrenes samtaler med sygedagpengemodtagerne.

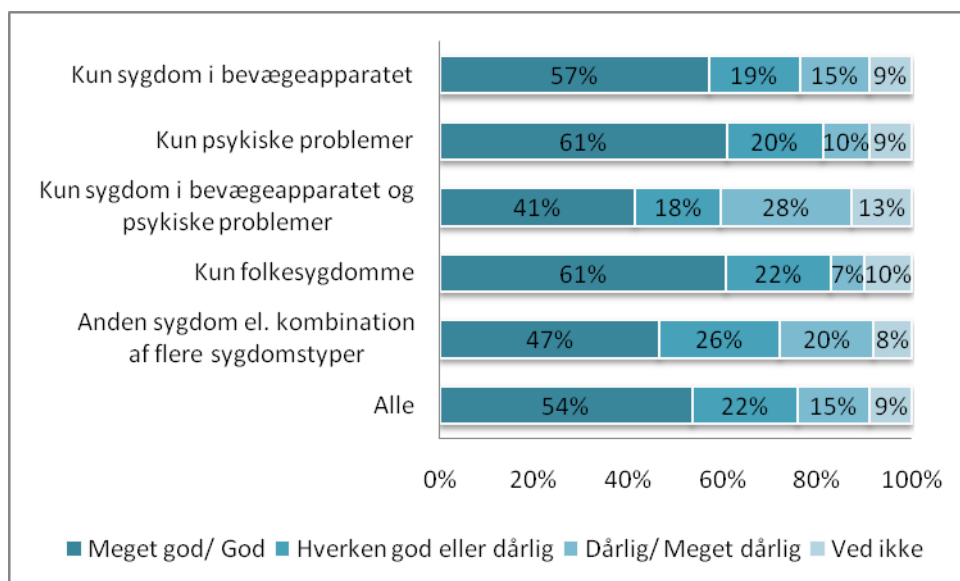
5.6.2 Vurderingen af jobcenterets indsats

Vurdering af jobcenterets indsats

Godt halvdelen (54 %) af sygedagpengemodtagerne finder jobcenterets indsats meget god eller god. 15 procent finder indsatsen dårlig eller meget dårlig (Figur 5.20). Dette svarer nogenlunde til resultatet af en landsdækkende undersøgelse blandt sygedagpengemodtagerne fra 2006, hvor man fandt, at 56 procent vurderede kommunernes indsats som meget god eller god, og 21 procent vurderede indsatsen som dårlig eller meget dårlig¹⁹.

¹⁹ Høgelund, J. m.fl. (2007): *Effekter af ændringer i sygedagpengeloven. Opfølgning på sygedagpenge. SFI. Det Nationale forskningscenter for velfærd. Del II. 08:07.*

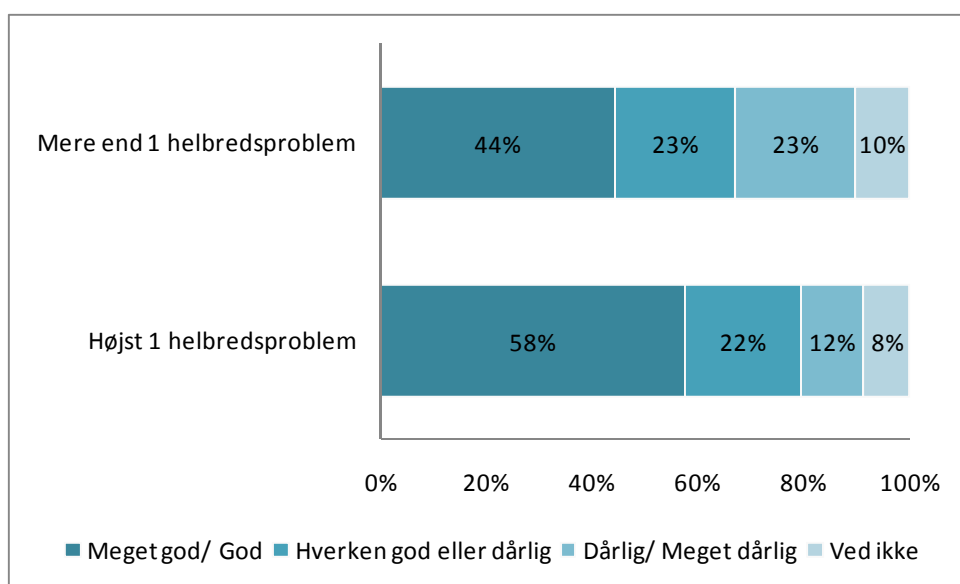
Figur 5.20. Sygedagpengemodtagernes vurdering af jobcenterets indsats i forbindelse med deres sygemelding. Opdelt efter sygdomstyper.



Tilfredsheden med jobcentrene ser ud til at være størst blandt sygemeldte, der alene har psykiske problemer, og sygemeldte, der alene har sygdomme. Samtidig tyder Figur 5.20 på, at der er en tendens til, at sygemeldte med flere helbredsproblemer er mindre tilfredse med jobcenterets indsats end de øvrige.

Dette bekræftes af resultaterne i den følgende figur. Der synes at være en klar sammenhæng mellem forekomsten af komorbiditet og tilfredsheden med jobcenterets indsats.

Figur 5.21. Sygedagpengemodtagernes vurdering af jobcenterets indsats i forbindelse med deres sygemelding. Opdelt efter om de har mere end helbredsproblem.



Udgangspunktet for vurderingen af antallet af helbredsproblemer er grupperingen af sygdomme, som den fremgår af Figur 5.1. Som det fremgår, kan nogle grupper godt omfatte mere end et helbredsproblem. Enkelte af de sygemeldte der er registreret med højst 1 helbredsproblem kan derfor godt have mere end 1 helbredsproblem.

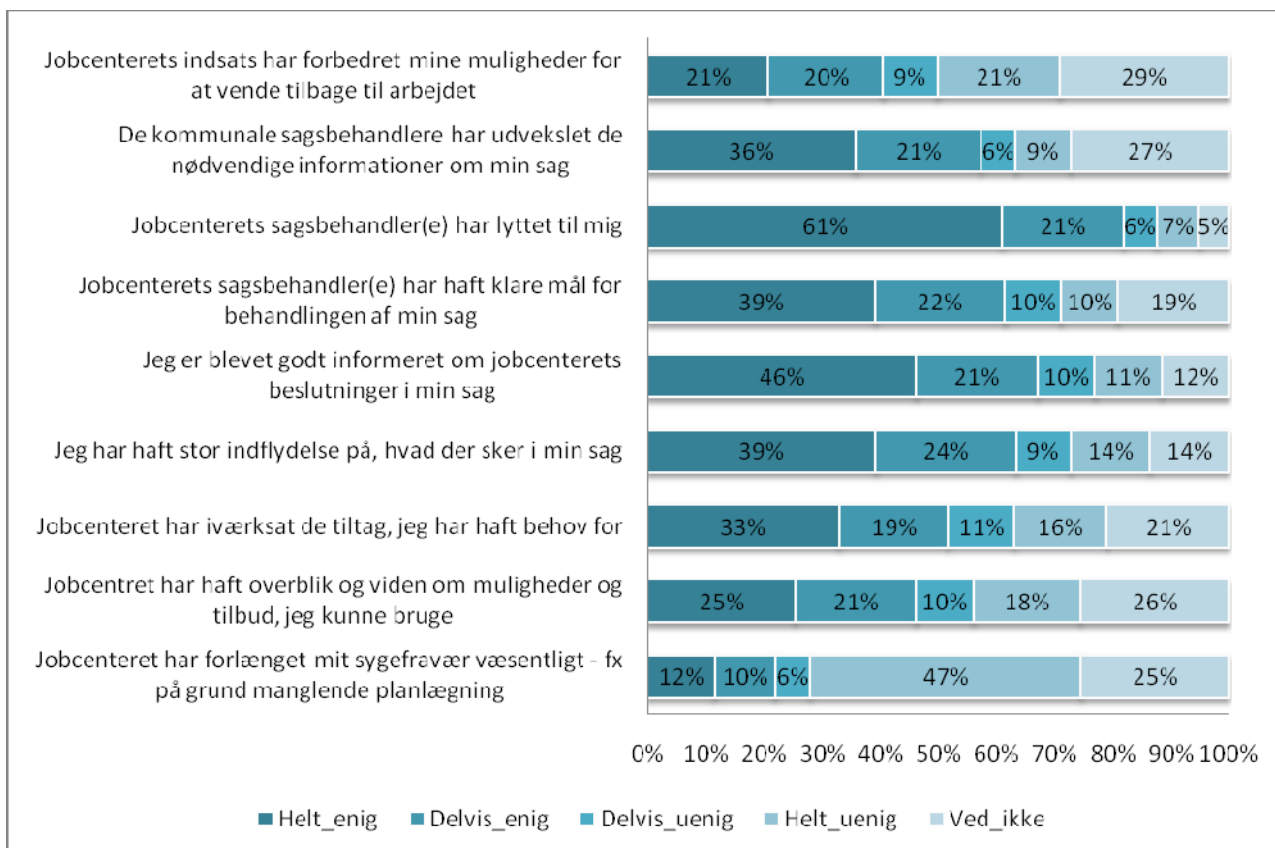
I spørgeskemaet har vi bedt sygedagpengemodtagerne om at angive, hvorvidt de er enige eller uenige i forskellige udsagn om jobcenterets indsats. Tilsammen giver svarene et billede af de langtidssygemeldtes vurdering af forskellige aspekter heraf, som det fremgår af Figur 5.22.

Størst enighed er der om, at jobcentrenes sagsbehandler(e) har lyttet til den sygemeldte. 82 procent giver udtryk for, at de er helt eller delvist enige heri. 13 procent erklærer sig uenige.

Omkring halvdelen af sygemeldte (53 %) afviser, at jobcenteret har forlænget deres sygefravær væsentligt f.eks. på grund af manglende planlægning. 22 procent erklærer sig dog helt eller delvist enige i, at det har været tilfældet.

Mindst enighed er der i udsagnene om, at jobcenteret har forbedret den sygemeldtes muligheder for at vende tilbage til arbejdet (41 %), at jobcenteret har haft overblik og viden om muligheder og tilbud, som den sygemeldte kunne bruge (46 %), og at jobcenteret har iværksat de tiltag, som den sygemeldte har haft behov for (52 %).

Figur 5.22. Sygedagpengemodtagernes vurdering af forskellige aspekter af jobcenterets indsats i forbindelse med deres sygemelding.



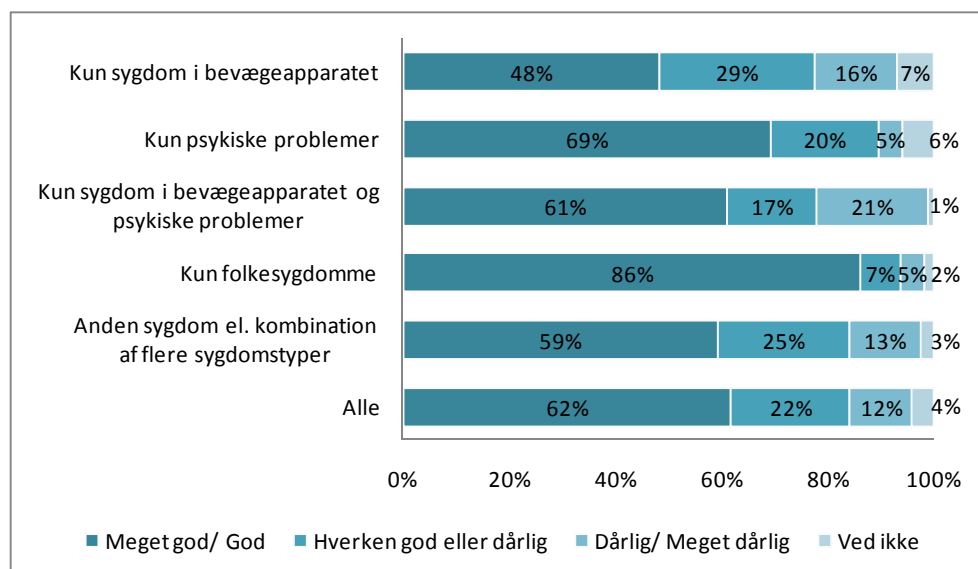
Kontakt til sundhedsvæsenet

5.7 Kontakt til sundhedsvæsenet

Næsten to tredjedele af de langtidssygemeldte (62 %) finder sundhedsvæsenets indsats meget god eller god. 12 procent finder den dårlig eller meget dårlig (Figur 5.23). Ved sundhedsvæsen forstås her det regionale sundhedsvæsen, dvs. læger, sygehuse, fysioterapeuter, psykologer og kiropraktorer, omfattet af den offentlige sygesikring.

Størst tilfredshed er der med indsatsen blandt de sygemeldte med sygdomme. Mindst tilfredshed er der blandt sygemeldte med sygdom i bevægeapparatet.

Figur 5.23. Sygedagpengemodtagernes vurdering af sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med deres sygemelding.



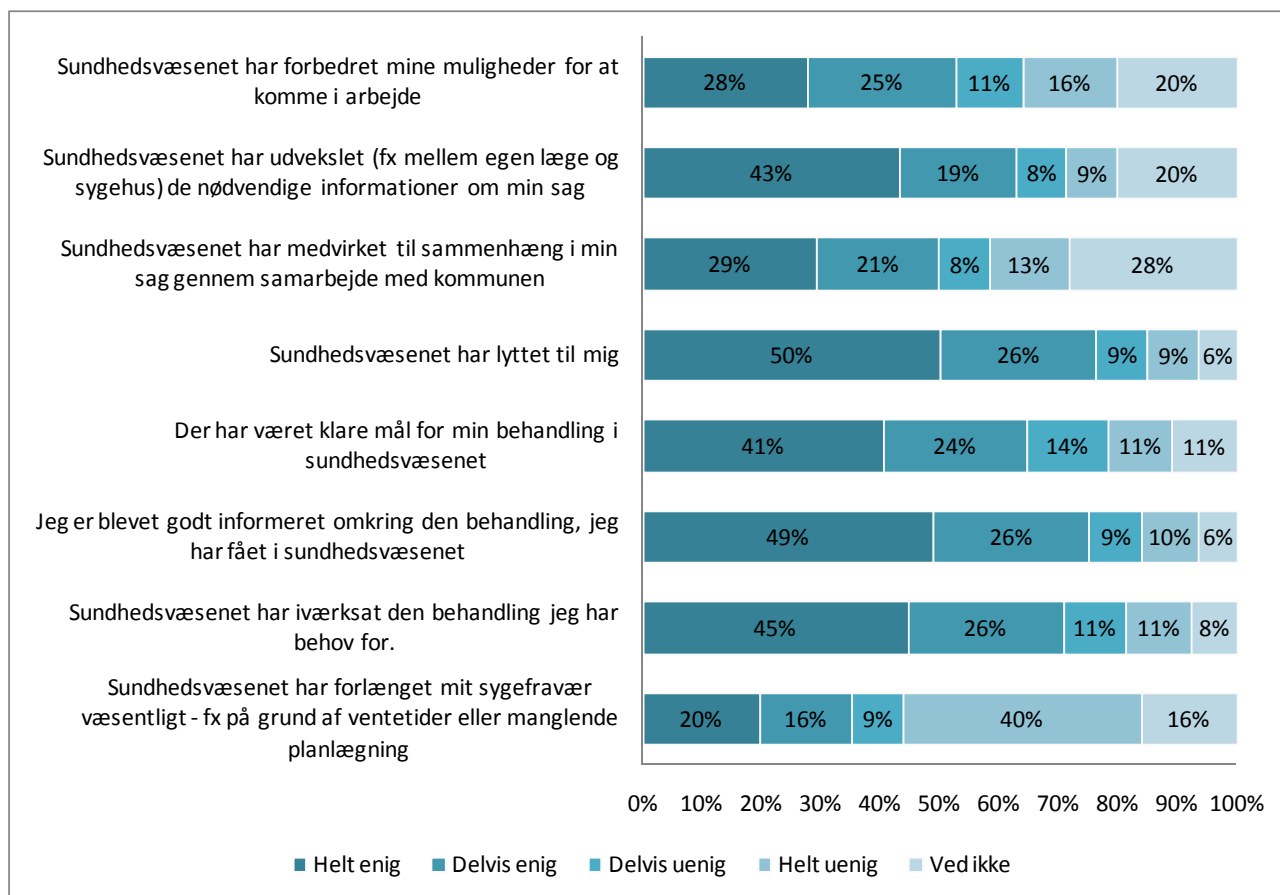
Figur 5.24 giver et billede af de langtidssygemeldtes vurdering af forskellige aspekter af sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med deres sygemelding.

Størst enighed er der om, at sundhedsvæsenet har lyttet til de sygemeldte. 76 procent erklærer sig helt eller delvist enige i dette og i, at de sygemeldte er blevet godt informeret om den behandling, de har fået (75 %).

Størst uenighed er der, om, hvorvidt sundhedsvæsenet har forlænget de sygemeldtes sygefravær væsentligt, f.eks. på grund af ventetider eller manglende planglægning. 36 % er dog helt eller delvist enige i, at det er tilfældet.

Omkring hver fjerde sygemeldte er uenige i, at sundhedsvæsenet har forbedret deres muligheder for at komme i arbejde (27 %), at der har været klare mål for behandlingen (25 %) og at sundhedsvæsenet har iværksat den behandling, de har behov for (22 %).

Figur 5.24. Sygedagpengemodtagernes vurdering af forskellige aspekter af sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med deres sygemelding.



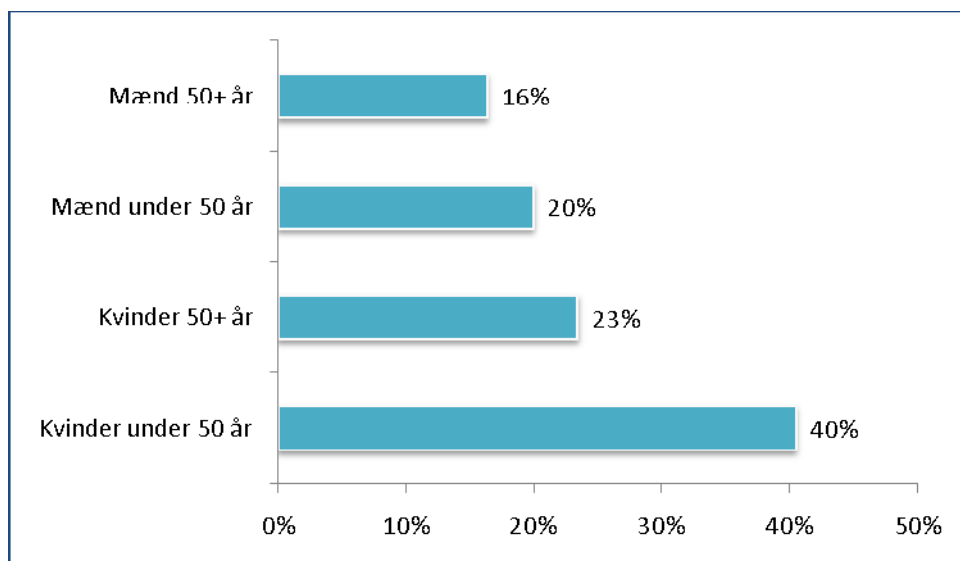
5.8 Sygedagpengemodtagernes profil

Køn og alder

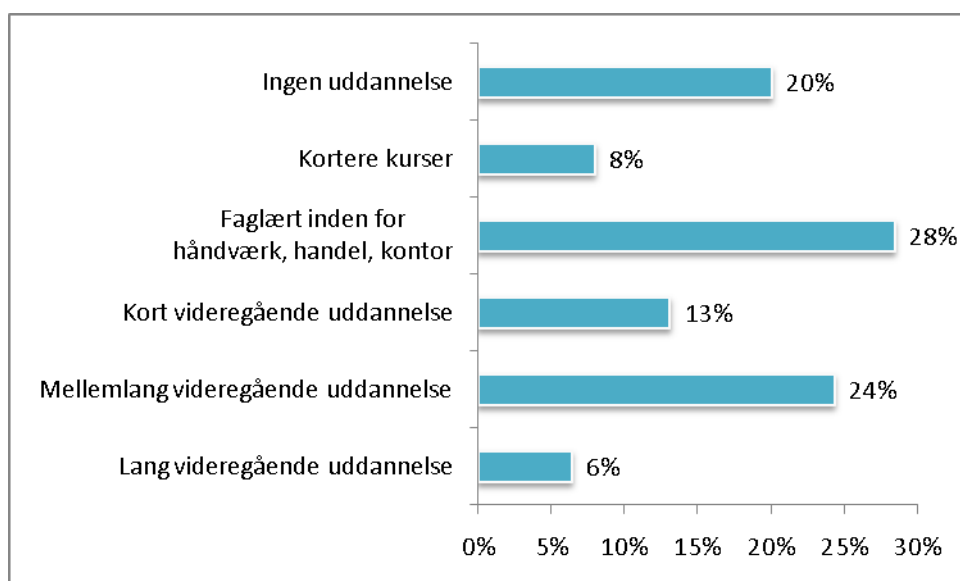
Næsten to tredjedele af undersøgelsens langtidssygemeldte sygedagpengemodtagere er kvinder (63 %). 37 procent er mænd.

Samtidig er 60 procent af sygedagpengemodtagerne under 50 år. Specielt kvinder under 50 år udgør en relativt stor del af sygedagpengemodtagerne (40 %), jf. Figur 5.25.

Figur 5.25. Undersøgelsens sygedagpengemodtagere fordelt efter køn og alder.



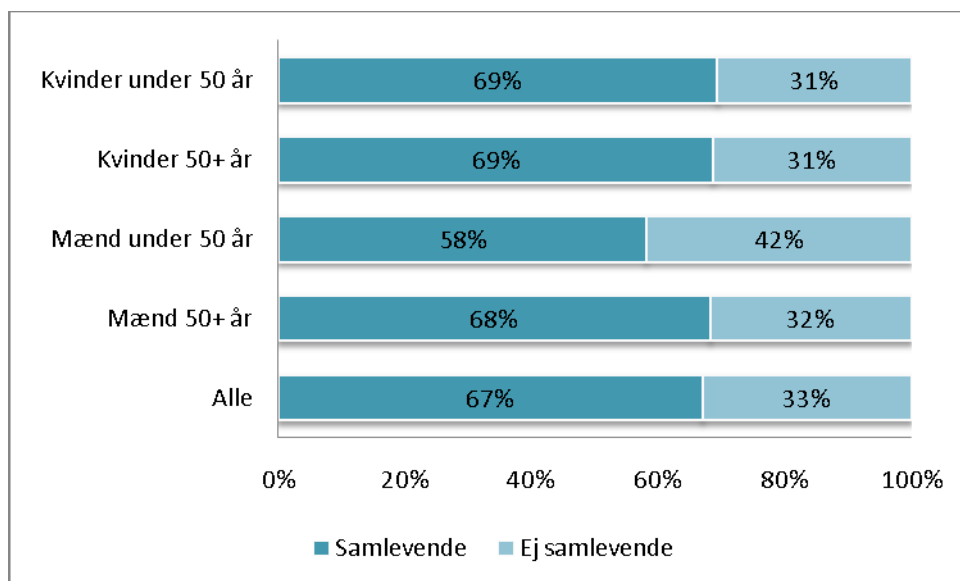
Figur 5.26. Sygedagpengemodtagerne fordelt efter længst fuldførte erhvervsuddannelse.



Uddannelse

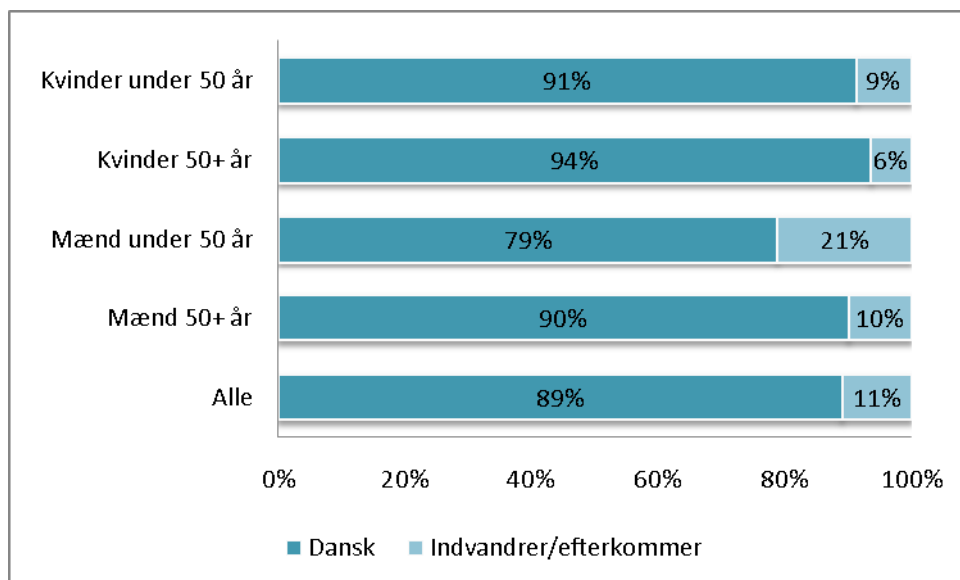
Oplysningerne om sygedagpengemodtagernes erhvervsuddannelse bygger på de selvrapporterede oplysninger i spørgeskemaet. Ifølge disse oplysninger er godt en fjerdedel (28 %) af undersøgelsens sygedagpengemodtagere ikke-faglærte (Figur 5.26). Yderligere en god fjerdedel (28 %) har en faglært uddannelse. Resten, dvs. 43 procent har en kort (13 %), mellemlang (24 %) eller lang videregående uddannelse (6 %).

Figur 5.27. Sygedagpengemodtagerne fordelt efter samlivsstatus



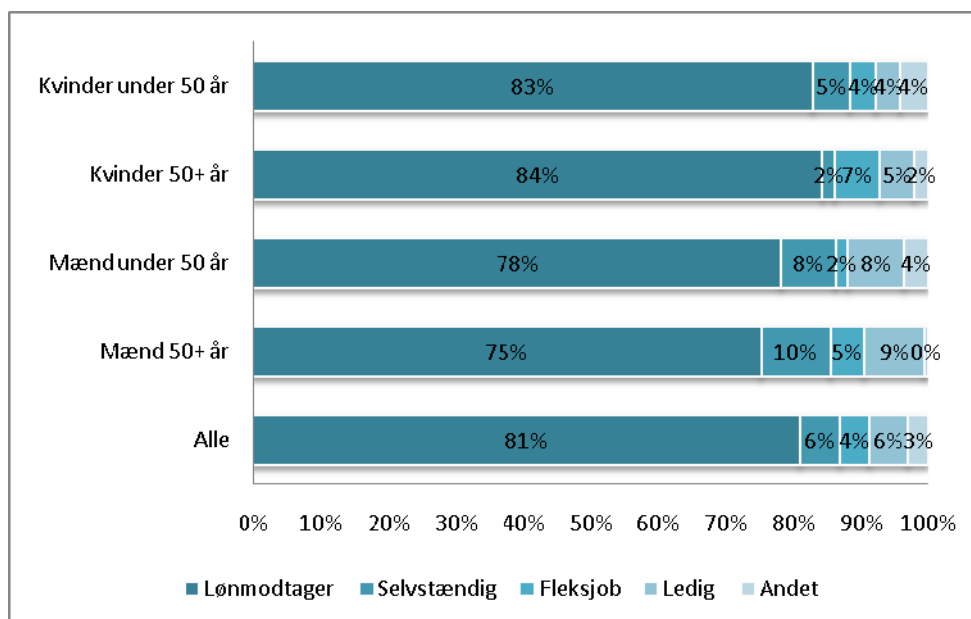
Set i forhold til arbejdsstyrken i de seks kommuner er der dermed mange med en kort eller mellemlang videregående uddannelse blandt sygedagpengemodtagerne - og samtidig relativt få faglærte og ikke-faglærte²⁰.

Figur 5.28. Sygedagpengemodtagerne fordelt efter etnisk baggrund.



²⁰ Ifølge den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik (her fra jobindsats.dk) var 35 procent af arbejdsstyrken i de seks kommuner i 2008 ikke-faglærte, 33 procent var faglærte, 6 procent havde en kort videregående uddannelse, 15 procent havde en mellemlang videregående uddannelse, og 11 procent havde en lang videregående uddannelse.

Figur 5.29. Sygedagpengemodtagernes arbejdsmarkedsstatus umiddelbart inden deres sygemelding.



Samlivsforhold og etnisk baggrund

To tredjedele af sygedagpengemodtagerne er samlevende (67 %) - resten er enlige (Figur 5.27). 11 procent er indvandrere eller efterkommere (Figur 5.28).

Arbejdsmarkedsstatus

87 procent oplyser, at de var i arbejde som lønmodtagere eller selvstændige umiddelbart inden sygemeldingen, og yderligere 4 procent kommer fra et fleksjob. 6 procent var ledige inden sygemeldingen (Figur 5.29).

5.9 Sammenfatning

COWI har gennemført en spørgeskemaundersøgelse af en stratificeret stikprøve bestående af 2.000 langtidssygemeldte borgere med mindst otte ugers fravær i seks af de udvalgte kommuner i projektet. Formålet har været at belyse de langtidssygemeldtes oplevelse af graden af koordinatión mellem de involverede aktører, hvad de sygemeldte lægger vægt på, og hvad der kunne gøres bedre set fra deres synspunkt.

Vurdering af jobcentrets indsats

Godt halvdelen af de sygemeldte finder jobcenterets indsats meget god eller god. Tilfredsheden er særlig stor blandt sygemeldte, der kun har psykiske problemer eller, som lider af sygdomme som sukkersyge, bronkitis, hjertesygdom og lignende. Størst utilfredshed med jobcentrets indsats er der blandt sygedagpengemodtagere, der lider af flere sygdomme på en gang. Hovedparten af sygedagpengemodtagerne udtrykker tilfredshed med, at der igennem forløbet er blevet lyttet til dem. Kun omkring halvdelen finder dog, at den samlede indsats har forbedret mulighederne for at vende tilbage til arbejdet.

Vurdering af sundhedsvæsenets indsats

Næsten to tredjedele af de langtidssygemeldte vurderer sundhedsvæsenets indsats meget god eller god. Denne vurdering gælder især sygedagpengemodtagere, der lider af sygdomme som sukkersyge, bronkitis, hjertesygdom mv, hvorimod sygedagpengemodtagere med sygdomme i bevægeapparat er mindre positive i deres vurdering. Der er især tilfredshed med, at sundhedsvæsenet har lyttet til de sygemeldte, og at de sygemeldte er blevet godt informeret om deres. Cirka halvdelen af de sygemeldte mener i øvrigt, at sundhedsvæsenet har forbedret deres muligheder for at komme i arbejde, og næsten trefjerde af alle finder, at sundhedsvæsenet har iværksat den behandling, de har behov for.

Vurdering af samspil

De sygemeldte har mange kontakter til jobcenter, sundhedsvæsenet og andre som fagforening og a-kasse. I gennemsnit har hver sygedagpengemodtager haft 32,5 kontakter, hvoraf langt hovedparten er til sundhedsvæsenet. Sygedagpengemodtagere, der har flere sygdomme på en gang, har flest kontakter, hvorimod sygedagpengemodtagere, der alene har psykiske problemer, har færre kontakter. De sygemeldte har især kontakt med fysio- og ergoterapeuter, egen læge og sygehuse. Tilfredsheden med samspillet er størst med hensyn til de forskellige parter lydhørhed og information. Mindre enighed er der om, hvorvidt den samlede indsats har forbedret mulighederne for at vende tilbage til arbejdet, og om at alle parter har udvekslet de nødvendige informationer i deres sag. De sygemeldte, der har deltaget i en rundbordssamtale, vurderer samspillet som mere positivt end de sygemeldte, der ikke har deltaget i en sådan samtale

Mere end to tredjedele af sygedagpengemodtagerne mener, at der har været én person, der har taget særligt ansvar for, at deres forløb er blevet sammenhængende og godt. Specielt sagsbehandlere i jobcenteret og de sygemeldtes egen læge har haft denne funktion. Kun omkring hver tiende af de sygemeldte mener, at nogle af parterne i deres forløb har modarbejdet hinanden. Det gælder specielt sygemeldte med både sygdom i bevægeapparatet og psykiske problemer. Kun ganske få sygedagpengemodtagere - under hver tiende - peger på, at der er behov for bedre kommunikation og samarbejde mellem parterne, større empati, støtte og lydhørhed - eventuelt i form af en kontaktperson over for den sygemeldte og for hurtigere/ bedre forløb.

Vurdering af egen situation

To tredjedele af de sygemeldte forventer at være i beskæftigelse om et år eller at være i gang med uddannelse, revalidering eller fleksjob. Jo længere uddannelse de sygemeldte har, jo flere forventer at være i gang med beskæftigelsesrettede aktiviteter. Usikkerheden omkring situationen et år frem i tiden er væsentligt større blandt de sygemeldte ikke-faglærte end blandt de øvrige grupper af sygemeldte. Alt i alt forventer knap halvdelen at være i arbejde på normale vilkår - på fuldtid eller deltid - om et år. Jo længere uddannelse - jo højere forventninger om at være i arbejde på normale vilkår et år ud i fremtiden.

En mere sammenfattende statistisk analyse i form af en multivariat analyse viser, at sygedagpengemodtagere med mange psykiske problemer og sygedagpengemodtagere med bevægeapparatproblemer i særlig grad finder, at koordinationen af deres sygedagpengeforløb har været dårligt.

Sygedagpengemodtagere, der har deltaget i rundbordssamtale, har fået god vejledning i jobcentret, eller som har fået tilbudt forskellige sundhedsydelser - typisk i form af sundhedsfremmetilbud - finder, at koordinationen har fungeret godt i deres sager.

Bilag 1 Nøgletal for de medvirkende kommuner

Kommuner	Profil
Høje Taastrup Kommune	<p>47.000 borgere</p> <p>Gennemsnitlig andel unge</p> <p>Relativt mange 25-49 årige</p> <p>Relativt få 50+ årige</p> <p>Mange indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande</p> <p>Få selvstændige</p> <p>Få lønmodtagere på højeste niveau</p> <p>Gennemsnitlig andel lønmodtagere på grundniveau</p> <p>Relativt lave udgifter til sygefravær pr. person i arbejdsstyrken</p>
Faxe kommune	<p>35.000 borgere</p> <p>Relativt få unge</p> <p>Relativt få 25-49 årige</p> <p>Mange 50+ årige</p> <p>Få indvandrere/efterkommere</p> <p>Mange selvstændige</p> <p>Få lønmodtagere på højeste niveau</p> <p>Mange lønmodtagere på grundniveau</p> <p>Relativt høje udgifter til sygefravær pr. person i arbejdsstyrken</p>
Esbjerg kommune	<p>115.000 borgere</p> <p>Relativt mange unge</p> <p>Relativt få 25-49 årige</p> <p>Gennemsnitlig andel 50+ årige</p> <p>Få indvandrere/efterkommere</p> <p>Relativt få selvstændige</p> <p>Relativt få lønmodtagere på højeste niveau</p> <p>Mange lønmodtagere på grundniveau</p>

Kommuner	Profil
	Relativt høje udgifter til sygefravær pr. person i arbejdsstyrken
Tønder kommune	40.000 borgere Gennemsnitlig andel unge Få 25-49 årige Mange 50+ årige Mange indvandrere/efterkommere fra vestlige lande - få fra ikke-vestlige lande Mange selvstændige Få lønmodtagere på højeste niveau Mange lønmodtagere på grundniveau Relativt høje udgifter til sygefravær pr. person i arbejdsstyrken
Ringkøbing-Skjern kommune	59.000 borgere Gennemsnitlig andel unge Relativt få 25-49 årige Relativt mange 50+ årige Få indvandrere/efterkommere Mange selvstændige Få lønmodtagere på højeste niveau Mange lønmodtagere på grundniveau Gennemsnitlige udgifter til sygefravær pr. person i arbejdsstyrken
Århus kommune	303.000 borgere Mange unge Mange 25-49 årige Få 50+ årige Mange indvandrere/efterkommere Få selvstændige Mange lønmodtagere på højeste niveau Få lønmodtagere på grundniveau Relativt lave udgifter til sygefravær pr. person i arbejdsstyrken
Vesthimmerlands kommune	38.000 borgere Gennemsnitlig andel unge Få 25-49 årige Mange 50+ årige Få indvandrere/efterkommere Mange selvstændige

Kommuner	Profil
	Få lønmodtagere på højeste niveau Mange lønmodtagere på grundniveau Høje udgifter til sygefravær pr. person i arbejdsstyrken

Bilag 2 Oversigt over interviewpersoner

	Interviewede personer
Århus	<p>Souschef i jobcenter Lene Frost</p> <p>Sagsbehandler Hanne Gissel</p> <p>Leder af genoptræningscentret Elna Kæstel</p> <p>Fysioterapeut Anne Nors</p> <p>Socialoverlæge Kirsten Horsten</p> <p>Praksiskonsulent John Nelsen</p>
Esbjerg	<p>Pia Damtoft, kontorchef jobafklaring (sygedagpenge) og Sagsbehandlere i jobafklaring Hanne Julius og Linda Kjær. Jobcenteret, Skolebakken 137, Esbjerg</p> <p>Lisbeth Larsen, Chef for rehabilitering /genoptræning. Rådhuset Esbjerg.</p> <p>Britta Boel Jurgensen, Projektleder, sundhed og omsorg</p>
Ringkøbing-Skjern	<p>Jobkonsulent og Jobrådgiver Lilian Hessler Ibsen og faglig koordinator på sygedagpengeområdet Birger Hamborger. Rådhuset Ringkøbing-Skjern</p> <p>Sundheds- og omsorgschef John Christensen.</p> <p>Ledende terapeut for træningsområdet, Sundhedscenter Vest Jeanette Laursen og Udviklingskonsulent Finn Chemnitz.</p> <p>Fagchef for Beskæftigelse i Ringkøbing-Skjern kommune Lars Gormsen</p>
Tønder	Jobcenterchef Bert Schultz og Heidi Andersen,

	<p>Teamleder for sygedagpengeteamet</p> <p>Socialforvaltningen:</p> <p>Ole Sørensen, afdelingsleder for sociale foranstaltninger</p> <p>Sundhedsafdelingen:</p> <p>Karen Skønager, stedfortræder for Sundhedschefen, og Anne Grete Aagaard, assisterende leder af træningsafdelingen</p>
Vesthimmerlands Kommune	<p>Afdelingsleder sundhed og forebyggelse Kirsten Hald, Farsø.</p> <p>Jobcenterchef Jakob Drue Lauersen, Aars.</p> <p>Sagsbehandler Birgit Mark og Sygedagpengeteamleder Birgit Matiasen, Aars.</p> <p>Sundhedsforvaltningschef Dorthe Jende, telefoninterview</p>
Faxe	<p>Sundhedschef Kamilla Meier</p> <p>Leder af dagpengeafdelingen Lone Pii</p> <p>Leder af handicap/socialpsykiatri Flemming Willadsen</p> <p>Leder af jobcentret Claus Seidelin</p>
Høje-Taastrup	<p>Leder af SD Jes Arlaud</p> <p>Fællesadministrationen, jobcenteret, Høje Taastrup</p> <p>Sagsbehandlere Jytte Grønbech og Charlotte Jørgensen, Fællesadministrationen, jobcenteret, Høje Taastrup</p> <p>Daglig koordinator af genoptræning Lena Olsen, Esbens Vænge Høje Taastrup</p> <p>Praksiskonsulent Bo Gerdes, Hovedgaden 429, Høje Taastrup</p>
Region Midtjylland	Kontorchef Jens Bejer Damgaard
Region Syddanmark	Afdelingschef Peter Simonsen
Region Nordjylland	Specialkonsulent Jane Pedersen
Glostrup Hospital	Ledende neuropsykolog Hysse Birgitte Forchhammer

Bispebjerg Hospital	Overlæge, Liaisonpsykiatrisk Enhed Morten Birket Smith
Marselisborg Centret	Projekt- og udviklingskonsulent Bjarne Rose Hjortbak