

|

99:6 *Langvarige sociale sager - klienternes holdninger*

|

Langvarige sociale sager
- klienternes holdninger

Ole Gregersen
Mogens Nygaard Christoffersen

Socialforskningsinstituttet
99:6

Langvarige sociale sager - klienternes holdninger

I gennemsnit går der omkring 5-6 måneder fra en person sygemeldes, til vedkommende første gang snakker med en kommunal sagsbehandler. 70 pct. af de førtidspensionister, der kommer fra sygedagpenge, har aldrig forud for tilkendelsen af førtidspensionen påbegyndt et revalideringsforløb eller nogen anden form for aktiverende forløb. 10-15 pct. af de personer, der for nylig har fået tilkendt en førtidspension, mener selv, de ville kunne påtage sig et arbejde på normale vilkår. Yderligere omkring 30 pct. mener at kunne påtage sig et arbejde på særlige vilkår (nedsat eller fleksibel arbejdstid, særlig indretning af arbejdspladsen el. lign.).

I denne rapport belyses holdningerne til de tilbud, de kommunale socialforvaltninger har givet til en række sygedagpengemodtagere, kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister.

Undersøgelsen blandt klienter er fulgt op af interview med medarbejdere fra de 10 kommuner, klienterne bor i. I interviewene med medarbejderne peges på organisatoriske flaskehalse, problemer og mulige løsninger på problemer, når der skal gives det rigtige tilbud på det rigtige tidspunkt til forvaltningens klienter.

Langvarige sociale sager

- klienternes holdninger

*Ole Gregersen
Mogens Nygaard Christoffersen*

København 1999
Socialforskningsinstituttet
99:6

Langvarige sociale sager - klienternes holdninger

Forskningsleder: Cand.jur. Inger Koch-Nielsen
Forskningsgruppen om socialpolitik og marginalisering

Undersøgelsens følgegruppe:

Fuldmægtig Tim Andersen, Kommunernes Landsforening.
Konsulent Jan Henriksen, Den Sociale Ankestyrelse.
Pensionskonsulent Birgitte Lippmann, Socialministeriet.
Fuldmægtig Ulla Pedersen, Socialministeriet.
Fuldmægtig Jannik Bay, Socialministeriet.
Specialkonsulent Thomas Wohlert, Københavns Kommune.
Vicekontorchef Per Steen Larsen, Frederiksberg Kommune.
Fungerende kontorchef Dorthe Hansen Thrige, Amsrådsforeningen.
Kontorchef Steen Daugaard, Finansministeriet.
Fuldmægtig Rasmus Bjerregaard, Finansministeriet.
Fuldmægtig Torben Steen Hansen, Finansministeriet.
Fuldmægtig Charlotte Gregersen, Finansministeriet.

ISSN 1396-1810

ISBN 87-7487-612-0

Sats og tilrettelæggelse: Socialforskningsinstituttet efter principiayout af Bysted A/S

Omslagsfoto: Tina Enghoff/Billedhuset

Oplag: 1.000

Trykkeri: Holbæk Center-Tryk A/S

Socialforskningsinstituttet

Herluf Trolles Gade 11

1052 K

Tlf. 33 48 08 00

Fax 33 48 08 33

E-mail sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

Socialforskningsinstituttets publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver Socialforskningsinstituttets publikationer, bedes sendt til instituttet.

Forord

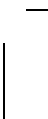
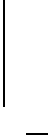
Socialforskningsinstituttet har efter aftale med Finansministeriet gennemført en undersøgelse af langvarige sociale sager i 10 udvalgte kommuner, idet der i undersøgelsen er fokuseret på klienternes holdninger til de tilbud om hjælp, de har modtaget i perioden. Undersøgelsen af de langvarige sager og klienternes holdninger er suppleret med interview med medarbejdere i de 10 kommunale socialforvaltninger, der har medvirket i undersøgelsen. Undersøgelsen er finansieret af Finansministeriet.

En sammenfatning af resultaterne fra undersøgelsens første fase – kortlægning af de langvarige sociale sager og klienternes holdninger til kommunernes tilbud – er tidligere publiceret som kapitel 8 i "Den kommunale økonomi år 2005", Finansministeriet, 1998.

Undersøgelsen er designet og tilrettelagt af seniorforsker, mag.art., ph.d. Ole Gregersen. Kapitlerne 2-5 er udarbejdet i et samarbejde med seniorforsker, mag.scient.soc. Mogens Nygaard Christoffersen, mens Ole Gregersen har skrevet kapitel 1 og 6-9.

Manuskriptet er læst og kommenteret af docent Olaf Rieper, Amternes- og Kommunernes Forskningsinstitut, som takkes for gode kommentarer.

København, april 1999
Jørgen Søndergaard



Indhold

Kapitel 1

| | |
|---|----|
| <i>Sammenfatning</i> | 9 |
| 1.1. Baggrundskarakteristika | 10 |
| 1.2. Sygedagpengemodtagerne | 11 |
| 1.3. Kontanthjælpsmodtagerne | 13 |
| 1.4. Førtidspensionisterne | 14 |
| 1.5. Socialforvaltningerne | 15 |
| 1.6. Status 8 måneder efter første udtræk | 17 |

Kapitel 2

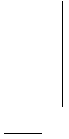
| | |
|--|----|
| <i>Baggrund, udvælgelse af kommuner og datamateriale</i> | 19 |
| 2.1. Udvælgelsen af kommuner | 21 |
| 2.2. Datamateriale | 22 |
| 2.3. Analysemodel | 23 |
| 2.4. Interview i de kommunale forvaltninger | 24 |
| 2.5. Opfølgning af sagerne 8 måneder efter første udtræk | 26 |

Kapitel 3

| | |
|--|----|
| <i>Sammenligning af klienter i de udvalgte aktive og passive kommuner</i> | 27 |
| 3.1. Aldersfordeling og forsørgelsesgrundlag | 27 |
| 3.2. Fødested, modersmål og forsørgelsesgrundlag | 28 |
| 3.3. Familiecycle og forsørgelsesgrundlag | 29 |
| 3.4. Enlige, samlevende småbørnsforældre og teenageforældre fordelt efter forsørgelsesgrundlag | 30 |
| 3.5. Længden af skoleuddannelsen | 32 |
| 3.6. Længden og arten af erhvervsuddannelsen | 33 |
| 3.7. Erhvervs erfaring og forsørgelsesgrundlag | 33 |
| 3.8. Psykiske problemer og forsørgelsesgrundlag | 34 |
| 3.9. Forekomst af misbrugsproblemer og forsørgelsesgrundlag | 37 |
| 3.10. Omfang af fysiske helbredsproblemer og forsørgelsesgrundlag | 38 |
| 3.11. Klienternes vurdering af kommunernes tilbud | 40 |
| 3.12. Sociale og psykiske problemers betydning for negativ vurdering af den kommunale indsats | 43 |
| 3.13. Aktive og passive kommuners tilbud til kontanthjælps- og sygedagpengemodtagere | 45 |
| 3.14. Sammenfatning | 49 |

| | |
|---|------------|
| Kapitel 4 | |
| Sygedagpengemodtagere | 53 |
| 4.1. Den kommunale sagsbehandling i sygedagpengeperioden .. | 60 |
| 4.2. Vurdering af kommunens indsats | 66 |
| 4.3. Fremtidsperspektiver | 69 |
| 4.4. Sammenfatning | 72 |
| Kapitel 5 | |
| Kontanthjælpsmodtagere | 75 |
| 5.1. Den kommunale sagsbehandling i kontanthjælpsperioden .. | 76 |
| 5.2. Vurdering af kommunens indsats | 83 |
| 5.3. Fremtidsperspektiver | 85 |
| 5.4. Sammenfatning | 88 |
| Kapitel 6 | |
| Førtidspensionister | 89 |
| 6.1. Sygedagpengeperioden | 90 |
| 6.2. Kontakter til arbejdsgiveren i løbet af sygedagpengeperioden | 94 |
| 6.3. Den kommunale sagsbehandling i sygedagpengeperioden .. | 96 |
| 6.4. Ansøgning om førtidspension | 104 |
| 6.5. Vurdering af kommunen og kommunens samarbejde med andre aktører | 107 |
| 6.6. Lønnet arbejde? | 108 |
| 6.7. Sammenfatning | 111 |
| Kapitel 7 | |
| Den kommunale sagsbehandling | 112 |
| 7.1. Første opfølgningssamtale i sygedagpengesager | 112 |
| 7.2. Lægeerklæringer | 114 |
| 7.3. Arbejdsprøvning og brug af revalideringsinstitutioner | 119 |
| 7.4. Samarbejde med arbejdsgivere | 124 |
| 7.5. Tidlig indsats – fokus på risikogrupper | 127 |
| 7.6. Varighedsbegrænsningen | 133 |
| 7.7. Ventetider | 137 |
| 7.8. Handlingsplaner | 139 |
| 7.9. Effektmåling | 142 |
| 7.10. Personaleomsætning | 144 |
| 7.11. Konklusion og diskussion | 146 |

| | |
|---|------------|
| <i>Kapitel 8</i> | |
| <i>Hvordan gik det sygedagpengemodtagerne?</i> | <i>157</i> |
| 8.1. Hvem fik førtidspension? | 158 |
| 8.2. Hvem startede på revalidering? | 169 |
| | |
| <i>Kapitel 9</i> | |
| <i>Hvordan gik det kontanthjælpsmodtagerne?</i> | <i>175</i> |
| | |
| <i>Bilag 1</i> | |
| <i>Forskellen mellem den gennemsnitlige varighed for verserende sager på en given dato og for afsluttede sager i en periode .</i> | <i>183</i> |
| | |
| <i>Bilag 2</i> | |
| <i>Variabler der indgår i startmodellerne i de multivariate analyser i kapitel 8 og 9</i> | <i>189</i> |
| | |
| <i>Litteratur</i> | <i>191</i> |
| | |
| <i>Socialforskningsinstituttets udgivelser siden 1.1.1998</i> | <i>193</i> |



Sammenfatning

Målet med undersøgelsen er for det første at skabe et overblik over sagsforløbet i langvarige sociale sager, herunder et overblik over de kommunale tilbud, der bliver givet til personer, der modtager sociale indkomsterstøttende ydelser i længere tid. Målet med undersøgelsen er for det andet at pege på problemer og løsningsmuligheder i den kommunale sagsbehandling af langvarige sociale sager. Undersøgelsen fokuserer dog især på klienternes holdninger til de tilbud, de har modtaget i løbet af overførselsindkomstperioden. Undersøgelsen er gennemført i 10 udvalgte kommuner. På baggrund af interview med medarbejdere i disse 10 kommuner peges der i rapporten på en række problemer af generel karakter og på en række mulige løsninger på alment forekommende problemer i den kommunale sagsbehandling og i samarbejdsrelationer mellem kommunen og andre parter (læger, revalideringsinstitutioner, arbejdsgivere).

Undersøgelsen beskæftiger sig med tre typer sociale klienter: 1) personer, der har modtaget sygedagpenge i mere end 6 måneder, 2) personer, der har modtaget kontanthjælp i mere end 8 måneder, og 3) personer, der inden for det seneste 1½ år har fået tilkendt en førtidspension.

For at få en variation i kommunale tilbud er personerne udtrukket fra 10 særligt udvalgte kommuner. 5 kommuner er udvalgt, fordi 1) de – når der kontrolleres for en række objektive forhold – førtidspensionerer færre end landsgennemsnittet, 2) har færre langvarige kontanthjælpssager end landsgennemsnittet, når der kontrolleres for ledighedsprocenten, og 3) har en større andel af førtidspensionister, som har gennemgået en eller anden form for aktivering forud for tilkendelsen af førtidspension (revalidering, arbejdsprøvning m.v.). De 5 andre kommuner er omvendt valgt, fordi de pensionerer flere end landsgennemsnittet, har flere langvarige kontanthjælpssager og har aktiveret færre af deres førtids-

pensionister forud for tilkendelsen af førtidspensionen. Disse to kommunetyper kaldes rapporten igennem for henholdsvis de *aktive* og de *passive* kommuner. Det er således også præcis i ovenstående betydning, disse ord anvendes.

For at få klienternes holdninger til og vurdering af sagsforløbet og kommunens tilbud mens de er midt i forløbet, er personerne i undersøgelsen udtrukket blandt dem, der på udtrækstidspunktet stadig modtog ydelsen (i modsætning til fx at udtrække personer blandt dem, der netop havde afsluttet et sagsforløb). Det har stor betydning for fortolkningen af undersøgelsens resultater. I det omfang, aktivpolitikken virker, vil de aktive kommuner hurtigere end de passive kommuner hjælpe de bedst fungerende klienter til selvforsørgelse. Det betyder, at de personer, der stadig modtager hjælp efter 6-8 måneder i de aktive kommuner i højere grad vil bestå af personer, der af den ene eller anden grund er dårligt fungerende på arbejdsmarkedet, mens de personer, der vil være tilbage i de passive kommuner også vil bestå af personer, der godt kunne være hjulpet til selvforsørgelse, hvis kommunen havde haft en mere aktivorienteret socialpolitisk praksis. En række af de følgende resultater er i overensstemmelse med de forventninger, der kan afledes af ovenstående selektionsmekanisme.

1.1. Baggrundskarakteristika

Når vi opdeler klienterne efter kommunetype, er der ikke mange forskelle med hensyn til baggrundskarakteristika – som alder, statsborgerskab, familietype, skolegang og erhvervs erfaring. Der er dog markant flere blandt førtidspensionisterne i de passive kommuner, der er enlige, og markant flere, der har fået behandling for en psykisk lidelse (43 pct. mod 29 pct. i de aktive kommuner), og som har søgt pension af psykiske grunde (19 pct. mod 8 pct.). Der er også i de passive kommuner markant flere blandt sygedagpengemodtagerne, der drikker mere end 20 genstande om ugen (5 pct. mod 1 pct.), blandt kontanthjælpsmodtagerne, der for tiden bruger hash (12 pct. mod 5 pct.) og blandt førtidspensionisterne, der har været ude i misbrug af alkohol, stoffer el. lign. (15 pct. mod 8 pct.).

Der er ikke forskel på sygedagpengemodtagerne i de to kommunetyper med hensyn til omfang af fysiske helbredsproblemer. For kontanthjælpsmodtagernes og førtidspensionisternes vedkommende er der markant flere i de aktive kommuner, der har fysiske helbredsproblemer.

1.2. Sygedagpengemodtagerne

Kommunernes behandling af sygedagpengesager adskiller sig meget markant i brugen af lægeerklæringer. Antal indhentede lægeerklæringer er markant større i de passive kommuner end i de aktive kommuner. I de passive kommuner er der indhentet mindst én generel helbredserklæring i 35 pct. af sagerne, mens det kun er tilfældet i 9 pct. af sagerne i de aktive kommuner. Statusbedømmelse er indhentet i 58 pct. af sagerne i de passive kommuner mod 36 pct. af sagerne i de aktive kommuner. Endelig er der indhentet speciallægeerklæring i 19 pct. af sagerne i de passive kommuner, mens det kun er tilfældet i 5 pct. af sagerne i de aktive kommuner.

Der er ikke markant forskel på, hvor mange aktiviteter sygedagpengemodtagerne har deltaget i i de to kommunetyper. Men der er forskel på, hvilke aktiviteter man især benytter sig af i de to kommunetyper. I de aktive kommuner har 34 pct. af klienterne deltaget i arbejdsprøvning mod 22 pct. i de passive kommuner. Omvendt er der en (svag) tendens til, at de passive kommuner i højere grad benytter daghøjskoler og rygtræning.

Der er ikke markant forskel på, hvor længe sygedagpengesagerne har varet i de to kommunetyper – i begge tilfælde er den gennemsnitlige varighed knap 17 måneder. Den lange gennemsnitlige varighed skyldes, at der i begge kommuner er sager, der ikke har varighedsbegrænsning, og som har varet meget længe (fx personer med visse kroniske sygdomme og personer der er i gang med forrevalidering el. lign.).

Forlængelse af sygedagpengeperioden ud over 52 uger kræver en aktiv stillingtagen og en begrundelse. Én indikator, på om kommunen har kontrol over sagsbehandlingen, er, om sagsbehandlingen pludselig tager fart, når 52 ugers grænsen nærmer sig. Blandt de klienter, der har fået forlænget deres sygedagpengeperiode, mener 37 pct. i de passive kommuner mod 21 pct. i de aktive kommuner, at sagen pludselig tog fart, da man nærmede sig denne grænse.

Klienterne er bedt om at vurdere kommunens tilbud ved at tage stilling til en række udsagn. Her er der på nogle punkter markant forskel på vurderingen i de to kommunetyper. Generelt er vurderingen af kommunens tilbud mere negativ i de aktive kommuner end i de passive. For sygedagpengemodtagernes vedkommende gælder især, at langt flere i de aktive kommuner mener, at kommunen kom alt for tidligt med tilbud, de ikke var klar til at tage stilling til.

De personer, der især giver en negativ vurdering af kommunens tilbud, er personer, der har gået mere end 7-8 år i skole, mænd, danskere (dansk født og dansk som modersmål), personer med psykiske problemer (føler sig trist til mode det meste af tiden), personer med mange smerter og personer, hvis sygedagpengesag har varet lang tid. Omvendt påvirker det vurderingen i en positiv retning, hvis interviewpersonen har modtaget mindst ét tilbud, vedkommende vurderede som det "helt rigtige tilbud".

40 pct. af sygedagpengemodtagerne i de passive kommuner angiver, at de fysisk ville være i stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår, mens det kun er tilfældet for 30 pct. i de aktive kommuner.

Fortolkningen af forskellen mellem klienternes svar i de aktive og i de passive kommuner bør relateres til den selektionsmekanisme, der ligger i, at de aktive kommuner netop *har* en aktiv socialpolitik: Her består klientbestanden i højere grad af personer, det ikke på trods af kommunens aktivpolitik er lykkedes at hjælpe til selv-

forsørgelse - og de vurderer i højere grad kommunens tilbud negativt, ligesom en mindre andel af dem (end i de passive kommuner) mener sig i stand til at klare et arbejde på normale vilkår.

1.3. Kontanthjælpsmodtagerne

Det er stort set de samme ting, kontanthjælpsmodtagerne har diskuteret med deres sagsbehandler i løbet af kontanthjælpsperioden. To tredjedele har diskuteret muligheden for at få et nyt job og muligheden for at få en uddannelse, mens halvdelen har diskuteret arbejdsprøvning og -optræning. Kun på ét punkt adskiller klienterne i de to kommunetyper sig fra hinanden: I de aktive kommuner er der 31 pct., der har diskuteret muligheden for at få en førtidspension, mens det kun er tilfældet for 19 pct. i de passive kommuner.

En tredjedel af klienterne har fået udarbejdet en handlingsplan. Planens mål og indhold er i de passive kommuner mest et resultat af klientens egne ideer (69 mod 59 pct.), mens der omvendt er flere, der angiver, at det mest er sagsbehandlerens ideer eller både og i de aktive kommuner. Til gengæld er der flere i de aktive kommuner, der "slet ikke" mener, det er en fordel at få lavet en handlingsplan (39 pct. mod 15 pct.).

Mønsteret i aktiviteter, klienterne har deltaget i, er helt det samme mellem de to kommunetyper for kontanthjælpsmodtagerne, som det var for sygedagpengemodtagerne. I de aktive kommuner er der markant flere, der har deltaget i et kommunalt beskæftigelsesprojekt (38 mod 28 pct.), mens der omvendt er flere i de passive kommuner, der har gået på daghøjskole (26 mod 13 pct.).

Også blandt kontanthjælpsmodtagerne er der i de passive kommuner en markant mere positiv vurdering af kommunens tilbud. Markant færre mener, kommunen kom for tidligt med aktivitets-tilbud, en større andel mener, kommunen var god til at lytte til interviewpersonens ønsker, og en større andel mener, kommunen har hjulpet dem til at komme videre.

Også blandt kontanthjælpsmodtagerne er der markant flere i de passive kommuner, der fysisk ville være i stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår, hvis det var der. Det gælder for 78 pct., mod 60 pct. i de aktive kommuner. Omvendt er der 16 pct. i de aktive kommuner, der slet ikke mener at kunne påtage sig et arbejde, mens det kun gælder for hver tiende i de passive kommuner (9 pct.).

1.4. Førtidspensionisterne

Godt halvdelen af førtidspensionisterne modtog sygedagpenge i perioden, før de fik tilkendt en pension.

Det er også stort set de samme ting, der har været diskuteret med sagsbehandleren i de aktive og de passive kommuner – bortset fra, at en større andel i de aktive kommuner har diskuteret muligheden af at få et nyt job (46 pct. mod 33 pct.).

Også blandt disse førtidspensionister er der en markant mere negativ vurdering af kommunens tilbud, end tilfældet er i de passive kommuner.

Årsagen til at søge førtidspension har været noget forskellig i de to kommunetyper. I de passive kommuner er der markant flere, der peger på en psykisk sygdom som årsag til at søge pension (19 pct. mod 8 pct.), mens der omvendt i de aktive kommuner er flere, der angiver nedslidning (33 pct. mod 22 pct.).

Ideen til at søge en pension er i de passive kommuner i højere grad kommet fra en kommunal sagsbehandler, end tilfældet er i de aktive kommuner (25 pct. mod 14 pct.).

I de passive kommuner er der 16 pct. af pensionisterne, der mener, de fysisk ville være i stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår, mens det kun er tilfældet for 11 pct. af pensionisterne i de aktive kommuner. 40 pct. af pensionisterne i de passive kommuner mener, de ville være i stand til at påtage sig et arbejde, hvis der ikke krævedes en fuld arbejdsindsats, mens det kun er tilfældet

for 27 pct. i de aktive kommuner. Det er kun en ganske lille del af pensionisterne i de to kommunetyper, der i dag har lønnet arbejde – omkring 7 pct.

1.5. Socialforvaltningerne

Fra interviewene med de kommunale medarbejdere er hovedresultaterne:

- Der er tilsyneladende i nogle kommuner et problem med at få kendskab til langvarigt sygefravær blandt personer, der har offentlige arbejdsgivere. Da offentlige arbejdsgivere ikke modtager refusion svarende til sygedagpengene, er der ikke noget umiddelbart incitament til at huske at indberette sygefravær til den kommunale socialforvaltning. Det betyder i nogle kommuner, at man først på et relativt sent tidspunkt får kendskab til sagerne.
- De forvaltninger, der har etableret et relativt tæt samarbejde med de praktiserende læger i området, er tilsyneladende også de forvaltninger, hvor man oplever færrest problemer i samarbejdet med lægerne. Det er samtidig indtrykket, at kvaliteten af dette samarbejde kan være af stor betydning for den samlede kvalitet af forløbet i en langvarig sygedagpengesag.
- Det er indtrykket fra interviewene, at de fleste kommuner har sat kontakten til arbejdsgivere i system i de typer sager, hvor en kontanthjælpsmodtager ikke har andre problemer end arbejdsløshed. Omvendt er der flere kommuner, hvor dette ikke er tilfældet, når det drejer sig om langvarige sygedagpengemodtagere eller om kontanthjælpsmodtagere, der ikke kun har arbejdsløshed som problem.
- Fra 1. april 1997 har kommunerne skullet gennemføre en opfølgningssamtale i sygedagpengesager senest efter 8 ugers sygdom – mod tidligere senest efter 13 uger. Det betyder alt andet lige, at kommunerne skal gennemføre opfølgningssamtaler med flere sygedagpengemodtagere. Det betyder også, at man skal gennemføre flere opfølgningssamtaler med personer, der ikke behøver en kommunal indsats for at komme tilbage på arbejdsmarkedet. Det fører naturligt til et fokus på, hvilke redskaber kommunerne har opbygget for på et tidligt tids-

punkt at kunne identificere de personer, der har behov for en kommunal hjælp. I alle kommunerne benyttes naturligvis lægeerklæringerne til – i samarbejde med kommunens lægekonsulent – at vurdere prognosen. I nogle af kommunerne benytter man sig desuden af spørgeskemaer til sygedagpengemodtagerne – og benytter svarene på spørgsmålene til at vurdere, om der er tale om en person, hvor en kommunal hjælp vil være relevant. I mange af kommunerne har man imidlertid ikke sådan et redskab, selvom der i nogle af kommunerne er planer om at indføre det. Det betyder, at vurderingen af, hvilke af sygedagpengemodtagerne kommunen hurtigt skal tilbyde hjælp, i meget høj grad hviler på den enkelte sagsbehandlers erfaring – og ikke på et system, der delvist er uafhængigt af sagsbehandlerens viden og erfaring.

- Der er meget stor forskel på, hvordan kommunerne har administreret kravet om udarbejdelse af handlingsplaner for kontanthjælpsmodtagere. I nogle kommuner har man udarbejdet et særskilt stykke papir, hvor der formuleres langsigtede målsætninger og angives de enkeltelementer, der skal til for at nå målet – hvor handlingsplanen i nogle tilfælde naturligt må være af foreløbig karakter, fordi det ikke i samarbejde med klienten har været muligt at nå frem til en egentlig langsigtet målsætning. I andre kommuner har man blot nedskrevet foreløbige eller endelige handlingsplaner i journalen.
- Mange af kommunerne forholder sig kritisk til de amtslige revalideringsinstitutioner. Den væsentligste kritik går på, at ventetiden er uacceptabelt lang - op til et halvt års tid.
- Alle kommuner benytter sig af en eller anden form for produktionsstatistik – i form af udgifter til de forskellige områder, antal modtagere af de forskellige ydelser osv. Det er imidlertid kun i en enkelt af de 10 kommuner, man systematisk laver opgørelser over, hvor mange der måned for måned ophører med at modtage de forskellige ydelser, og hvilken form for forsørgelse de overgår til. I mange af de andre kommuner benytter man sig af systemer, hvor der i hver sag registreres en ophørsårsag – man har altså systemer, der ville muliggøre opgørelser over, hvilken form for forsørgelse forvaltningens kli-

enter overgår til, når de ophører med at modtage en given ydelse. Man benytter bare ikke muligheden.

1.6. Status 8 måneder efter første udtræk

Af de 394 personer, der ved første udtræk i november 1997 havde modtaget sygedagpenge i mindst 6 måneder, var der 85 personer, der inden august 1998 havde fået tilkendt en førtidspension eller havde ansøgt om en sådan. 30 personer var startet på en erhvervs-mæssig revalidering, 84 personer var raskmeldt, 43 personer var ophørt med at modtage sygedagpenge af andre årsager, og 152 personer modtog stadig sygedagpenge.

De sygedagpengemodtagere, der fik eller søgte om en førtidspension, er især de ældre, personer med en kort skolegang som ikke mener sig i stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår, har deltaget i mindst én aktivitet siden sygemelding, men ikke har deltaget i noget tilbud, de vurderede som "det helt rigtige", og personer der har smerter, der vanskeliggør de daglige aktiviteter væsentligt. Der kan ikke påvises nogen signifikant forskel mellem aktive og passive kommuner.

De sygedagpengemodtagere, der i perioden ophørte med at modtage sygedagpenge, fordi de startede på et revalideringsforløb, er især karakteriseret ved ikke at have en lang uddannelse, generelt at vurdere kommunens indsats positivt og at have modtaget mindst ét tilbud om aktivitet i løbet af sygedagpengeperioden, som de vurderede som "det helt rigtige tilbud". Revalidering benyttes i øvrigt især til personer i 40-årsalderen, mens hverken helt unge eller ældre særlig hyppigt tilbydes revalidering. Sandsynligheden for at starte i et revalideringsforløb er ca. tre gange så stor i de aktive kommuner, som i de passive kommuner, når der kontrolleres for de øvrige faktorer.

Blandt de 309 kontanthjælpsmodtagere, der i november 1997 havde modtaget kontanthjælp i mindst 8 måneder, havde 13 personer inden august 1998 fået eller søgt førtidspension, 18 personer var startet på forrevalidering, 13 personer var startet på

en erhvervsmæssig revalidering, 63 personer var i øvrigt ophørt med at modtage kontanthjælp, og 202 personer modtog stadig kontanthjælp.

De 63 personer, der var ophørt med at modtage kontanthjælp (og ikke havde søgt førtidspension eller var startet på et revalideringsforløb) består af en blanding bl.a. af personer, der er blevet selvforsørgende, ægtefælleforsørgede og personer, der blot er flyttet til en anden kommune. Det er ikke på baggrund af registeroplysningerne muligt at skelne mellem disse grupper – det kan blot registreres, at personerne ikke længere modtager kontanthjælp i den pågældende kommune. De personer, der er ophørt med at modtage kontanthjælp, er især yngre personer, personer, der ikke har et væsentligt dårligere helbred end resten af befolkningen, personer, der ikke har fysiske eller følelsesmæssige problemer, der vanskeliggør at se andre mennesker – og personer, der på et eller andet tidspunkt har misbrugt alkohol, stoffer el. lign. Der kan ikke påvises signifikant forskel mellem aktive og passive kommuner. Dette, at personer, der har haft misbrugsproblemer, har en langt større sandsynlighed for at ophøre med at modtage kontanthjælp, fortolkes – med et kvalificeret gæt – således, at denne gruppe personer har en større flyttetilbøjelighed end andre grupper af kontanthjælpsmodtagere.

I *kapitel 2* gennemgås undersøgelsens baggrund, kriterierne for udvælgelse af de 10 deltagende kommuner, og der gives en beskrivelse af det indsamlede datamateriale. I *kapitel 3* gives en beskrivelse af klienternes baggrundsforhold – alder, familieforhold, uddannelsesniveau, helbredsproblemer m.v. I de tre efterfølgende kapitler (*kapitel 4, 5 og 6*) behandles de tre gruppers sagsforløb hver for sig. I *kapitel 7* beskrives en række aspekter af forvaltningernes sagsbehandling, idet hovedvægten er lagt på de aspekter, kommunerne opfatter som et problem, og på de aspekter hvor nogle kommuner har fundet velfungerende organisatoriske løsninger på disse problemer. Rapporten slutter med en analyse af, hvordan det er gået sygedagpengemodtagerne og kontanthjælpsmodtagerne 8 måneder efter første udtræk (*kapitel 8 og 9*).

Baggrund, udvælgelse af kommuner og datamateriale

En tidligere undersøgelse af *langvarigt sygemeldte* viste, at problemet forekom bredt blandt store grupper af befolkningen, dog lidt hyppigere blandt kvinder end mænd, lidt hyppigere i aldersgrupperne over 40 år og især blandt ikke-faglærte arbejdere (Nord-Larsen, 1991). Det drejede sig i overvejende grad om problemer i bevægeapparatet (dvs. sygdomme i led, knogler og muskler). I omkring en tredjedel af tilfældene refererede de sygemeldte, at de af en læge havde fået at vide, at deres sygdom skyldtes arbejdsmiljøet.

Undersøgelsen af de langtidssygemeldtes kontakt med henholdsvis sundhedsvæsenet og de kommunale myndigheder viste, at for omkring en femtedels vedkommende trak deres sygemelding unødvendigt ud på grund af lange ventetider i sundhedsvæsenet (fx ventetider på indlæggelser, på konsultationer hos speciallæger, manglende kontinuitet i behandlingen, manglende lægelige oplysninger og ventetid på revalidering).

Den pågældende undersøgelse af langvarigt sygemeldte (Nord-Larsen, 1991) viste, at de sygemeldte havde været syge i længere tid, inden man fra kommunens side tog kontakt til og samtale med den sygemeldte. Langt de fleste, der havde haft en samtale med kommunen, opfattede kontakten som udtryk for hjælpsomhed, kun omkring en femtedel opfattede kontakten som led i en kontrolfunktion. Undersøgelsen konkluderede, at man nok bør overveje, om kommunerne yder de langvarige sygemeldinger den tilstrækkelige opmærksomhed.

Langvarig sygdom rummede endvidere problemet med at generobre en plads på arbejdsmarkedet efter endt sygdom. Her kan

det lokale arbejdsmarked og omfanget af arbejdsløsheden tænkes at spille en rolle for revalideringsindsatsen.

Tidligere undersøgelser af kommunernes aktiveringsindsats (Brogaard & Weise, 1997; Weise & Brogaard, 1997) viser, at langt hovedparten (3/4) af de *kontanthjælpsmodtagere*, som alene har ledighed som problem, rent faktisk aktiveres. Hvorimod det viser sig betydeligt vanskeligere at aktivere de svageste kontanthjælpsmodtagere. Det skyldes, at mange kontanthjælpsmodtagere har problemer af en sådan karakter, at de ikke er i stand til at deltage i eksisterende tilbud. Paradoksalt nok viste det sig, at blandt de kontanthjælpsmodtagere, der havde særlige problemer ud over ledighed, var der relativt færre, der havde fået udarbejdet en handlingsplan. Det var antagelig, fordi problemerne var så store, at det ikke var muligt at give planerne et realistisk indhold ifølge kommunerne.

Det var især over for de aktiverede, der alene havde ledighed som problem, at aktiveringen resulterede i beskæftigelse eller uddannelse. Men det var kommunernes vurdering, at også de svageste kontanthjælpsmodtagere fik en bedre hverdag som følge af aktiveringstilbudene (Brogaard & Weise, 1997; Weise & Brogaard, 1997). Nærværende undersøgelse har på denne baggrund inddraget en række aktiveringstilbud og indhentet de involverede kontanthjælpsmodtagere, sygedagpengemodtagere og førtidspensionisters erfaringer og vurdering af tilbuddene.

Undersøgelser tyder på, at det i nogen grad er urealistisk at diskutere revalidering for personer, der én gang har søgt førtidspension (se fx Gregersen, 1990). Man taler i sådanne tilfælde også om, at der sker en pensionsfiksering, idet fokus udelukkende rettes mod at få tilkendt pension. I nogle tilfælde kan det således være af betydning, at man hurtigt kommer i gang med en revalidering, jobtræning eller beskyttet beskæftigelse, inden der sker en sådan fiksering. Det er også baggrunden for forsøg med en tidligere og bedre kommunal indsats i langvarige sygedagpengesager (se fx Jepsen & Eshøj (1993) om forsøget i Brørup og Vejen).

Rettes klienternes fokus snævert mod at få tilkendt en førtidspension? Er deres manglende tro på deres egen erhvervsevne præget af kommunens manglende aktiveringsindsats og passivitet? Eller er der andre forhold, der er afgørende for, at man finder store forskelle mellem kommunernes førtidspensionering af langvarige kontanthjælpsmodtagere og sygedagpengemodtagere? Er der – alt andet lige – relativt flere kontanthjælpsmodtagere, der ser frem til en førtidspension i visse kommuner end i andre kommuner? Dette er nogle af de spørgsmål, der har dannet baggrund for analyserne i rapporten.

Forskelligheder i kommunernes organisationsstruktur kan have betydning for effektiviteten af denne indsats. Antallet af nystartede revalideringssager ser således blandt andet ud til at afhænge af forhold som fx arbejdsdeling og specialisering, kompetencestruktur, og af interne og eksterne samarbejdsrelationer i den pågældende kommune (Gregersen, 1990; 1996). Kommunernes indsats i langvarige sociale sager er belyst ved en række interview med medarbejdere i forvaltningerne i de 10 kommuner, der medvirker i undersøgelsen.

2.1. Udvælgelsen af kommuner

Udvælgelsen af kommuner er sket ud fra forskelle i tilkendelseshyppighed af førtidspension. Socialforskningsinstituttet gennemfører kvartalsvist en analyse af, hvilke kommuner der tilkender mange, henholdsvis få førtidspensioner i forhold til landsgennemsnittet, når man tager højde for en række af de forhold, andre undersøgelser har vist, har betydning for behovet for førtidspension.¹⁾ Den anvendte model er beskrevet i Gregersen (1994) og har dannet udgangspunkt for udvælgelsen af kommuner til deltagelse i denne undersøgelse. Der deltager i alt 10 kommuner i undersøgelsen.

1) De faktorer, der kontrolleres for, er 1) alderssammensætning, 2) beskæftigedes fordeling på erhvervssektorer, 3) befolkningens uddannelsesmæssige sammensætning, 4) kommunens boligmæssige sammensætning efter ejerforhold, 5) størrelsen af ledigheden, 6) Antal personer, der modtager sociale ydelser, 7) familiemønstre, 8) fødselsoverskud, 9) befolkningsvækst, 10) gennemsnitsindkomst og 11) erhvervsfrekvens.

5 kommuner er valgt fordi 1) de – når man tager højde for de nævnte objektive forhold – tilkender relativt få førtidspensioner, 2) har relativt få kontanthjælpssager (når man kontrollerer for ledigheden) og 3) har aktiveret mange af deres førtidspensionister forud for tilkendelse af pensionen (revalidering, arbejdsprøvning m.v.). Andre 5 kommuner er valgt, fordi de tilkender relativt mange førtidspensioner (korrigeret for de objektive forhold), har relativt mange langvarige kontanthjælpssager, og relativt få af deres pensionister har været aktiverede forud for pensionsansøgningen. De to kommunetyper kaldes rapporten igennem for henholdsvis de *aktive* og de *passive* kommuner – hver gang disse begreber benyttes, henvises der således til præcis ovenstående betydning.

For at kunne vurdere betydningen af den kommunale indsats er der således valgt netop de ti kommuner, der adskiller sig mest muligt med hensyn til tilkendeshyppighed og aktiveringsindsats i forhold til, hvad man ud fra modelforudsætningerne skulle forvente. Metoden bygger således på en sammenligning af kontraster. Det har samtidig betydning for analysestrategien og for tolkningen af resultaterne. Da kommunerne ikke er valgt repræsentativt for alle kommuner, giver det ikke mening at søge at generalisere de fundne fordelinger til alle landets kommuner. Målet er ikke at finde landsgyldige fordelinger, men at søge at finde generaliserbare *sammenhænge*.

2.2. Datamateriale

Der deltager tre klientgrupper i undersøgelsen:

1. Personer, der på udtrækningstidspunktet havde modtaget sygedagpenge i mere end 6 måneder. Disse personer er udtrukket af det sygedagpengeregister, Kommunedata fører for de fleste kommuner.
2. Personer, der på udtrækningstidspunktet havde modtaget kontanthjælp i mere end 8 måneder. Disse personer er udtrukket fra det kontanthjælpsregister, Kommunedata fører for de fleste kommuner.

3. Personer, der inden for det seneste $\frac{1}{2}$ – $1 \frac{1}{2}$ år før udtrækningstidspunktet har fået tilkendt en førtidspension. Disse personer er udtrukket fra det afgørelsesregister, som Den Sociale Ankestyrelse fører.

For alle tre klientgrupper gælder, at de på udtrækningstidspunktet var bosiddende i én af de 10 udvalgte kommuner.

Fra registrene er udtrukket nogle få, grundlæggende oplysninger (fx køn, alder og starttidspunkt for modtagelse af den pågældende ydelse).

Hver person er derefter blevet anmodet om at deltage i et telefoninterview, hvor et spørgeskema er blevet udfyldt. Spørgeskemaet rummer spørgsmål om baggrundsforhold (skole- og erhvervsuddannelse, familietype og arbejdsmarkedskarriere), om helbred (fysisk og psykisk funktionsevne), om, hvilke ydelser og tilbud, interviewpersonen har modtaget i løbet af den periode, vedkommende har modtaget henholdsvis sygedagpenge og kontanthjælp, og om interviewpersonens holdning til og vurdering af de givne tilbud. Endelig er interviewpersonen blevet bedt om at beskrive sine fremtidsperspektiver med hensyn til selvforsørgelse.

De 10 kommuner er blevet besøgt af en medarbejder fra Socialforskningsinstituttet, som ved gennemgang af journalerne for de udtrukne personer har registreret relevante forhold ved sagen (tidspunkter for møder med klienten, indholdet af disse møder, indhentning af lægeerklæringer, kontakter til en eventuel arbejdsgiver m.m.).

2.3. Analysemodel

I analyserne af de kvantitative data er der anvendt en logistisk regressionsmodel:

$$p(\text{Bestemt udfald af afhængig variabel} \mid \mathbf{x}) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 \mathbf{x}}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 \mathbf{x}}}$$

hvor \mathbf{x} er en vektor af variable, der bestemmer udfaldet af den afhængige variabel og β_1 er den vektor af koefficienter til baggrundsvariablerne, der estimeres i modellen. Den afhængige variabel har i alle analyserne to udfaldsmuligheder. I kapitel 8 estimeres eksempelvis sandsynligheden for, at en sygedagpengemodtager bliver raskmeldt.

I analyserne er det bl.a. formålet at undersøge, om det har nogen betydning, om personen kommer fra en af de aktive eller en af de passive kommuner. Dette aspekt undersøges ved i modellerne at inkludere en variabel, der angiver, om personen kommer fra den ene eller den anden type kommune. Hvis variabelen har signifikant betydning konkluderes, at kommunetypen har betydning i den pågældende analyse.

2.4. Interview i de kommunale forvaltninger

Efter gennemførelsen af spørgeskemadelen af undersøgelsen og efter analysen af disse data, er der foretaget en interviewrunde i de 10 udvalgte kommuner. Formålet har dels været at give de kommunale medarbejdere mulighed for at kommentere undersøgelsens resultater, dels at pege på problemområder og mulige løsninger i sagsbehandlingen af langvarige sager. Den kvalitative del af undersøgelsen har haft et fokus på de processer, der leder frem til en ansøgning om førtidspension. Der er ikke primært fokuseret på selve ansøgningen om førtidspension, men på kommunernes redskaber til at undgå, at der bliver behov for en førtidspension - dér, hvor det er muligt at undgå.

Alle 10 kommuner indvilgede allerede ved undersøgelsens start i at deltage i et sådant interview. Der er gennemført ét interview i hver af de 10 kommuner. I en enkelt kommune er der dog gennemført 2 interview. Interviewene er med én undtagelse gennem-

ført som gruppeinterview, hvor der har deltaget kommunale medarbejdere, der tilsammen har kunnet dække undersøgelsens tema – sagsbehandlingen af langvarige sygedagpengesager, langvarige kontanthjælpssager og ansøgning om førtidspension. Typisk har der deltaget 2-4 personer i hvert interview. I alt er der interviewet 32 personer. Interviewene er gennemført med en blanding af sagsbehandlere og mellemledere – gruppeledere, afdelingsledere og afdelingsledere.

I interviewene er følgende temaer drøftet:

- Tidspunktet for første opfølgningssamtale i sygedagpengesager, herunder tidspunktet hvor forvaltningen får kendskab til sygedagpengesagen (indberetning fra arbejdsgiver).
- Brugen af lægeerklæringer og samarbejdet med de praktiserende læger i området.
- Brug af arbejdsprøvning, herunder brug af egne projekter til arbejdsprøvning, samarbejde med private og offentlige arbejdsgivere og brug af amtslige revalideringsinstitutioner til arbejdsprøvning.
- Samarbejde med private og offentlige arbejdsgivere i sygedagpengesager
- Identifikation af risikogrupper. Dette tema drejer sig om, i hvilken udstrækning kommunerne har redskaber til på et tidligt tidspunkt i sagsforløbet at identificere sygedagpengemodtagere, hvor der er behov for en kommunal hjælpeindsats.
- Varighedsbegrænsningen i sygedagpengesager – og sagsbehandlingen i forbindelse med en forlængelse af sygedagpengeperioden.
- Ventetider. Dette tema drejer sig om, hvorvidt man i kommunen er opmærksom på ventetider internt i kommunen og eksternt i forhold til samarbejdspartnere i sygedagpengesager og kontanthjælpssager. Arbejder man bevidst på at nedsætte ventetider? – og måler man på, hvor langt man er nået?
- Udarbejdelse og brug af handlingsplaner i kontanthjælpssager.
- Systematisk erfaringsopsamling. I hvilket omfang registrerer kommunerne, i hvilken udstrækning deres tilbud har hjulpet

deres klienter til en varig selvforsørgelse eller på anden måde har været til gavn for klienterne.

- Personaleomsætning blandt sagsbehandlere.

2.5. Opfølgning af sagerne 8 måneder efter første udtræk

Da stikprøven af sygedagpengemodtagere og kontanthjælpsmodtagere blev udtrukket i november 1997, havde sygedagpengemodtagerne modtaget sygedagpenge i mindst 6 måneder, og kontanthjælpsmodtagerne havde modtaget kontanthjælp i mindst 8 måneder. I august 1998 er det undersøgt, hvor mange af disse personer, der stadig modtog henholdsvis sygedagpenge og kontanthjælp. Det er desuden ved en samkøring med afgørelsesregisteret i førtidspensionssager undersøgt, hvor mange af de udtrukne personer, der i løbet af det første halve år af 1998 havde fået afgjort en ansøgning om førtidspension. For de personer, der i løbet af perioden er ophørt med at modtage sygedagpenge, er det undersøgt, hvilken ydelse de da er overgået til. For de personer, der er raskmeldte, er det dog ikke muligt at se, hvad der udgør disse personers forsørgelsesgrundlag – om de eksempelvis er vendt tilbage til deres gamle arbejdsplads, har fået nyt arbejde, modtager kontanthjælp eller eventuelt er forsørget af ægtefælle.

Blandt de personer, der inden august 1998 havde afsluttet deres modtagelse af sygedagpenge, er det undersøgt, hvad der karakteriserer de personer, der fik tilkendt en førtidspension, og hvad der karakteriserer de personer, der blev raskmeldt.

Det er meget få af kontanthjælpsmodtagerne, der i løbet af første halvår af 1998 fik afgjort en ansøgning om førtidspension. Det er derfor ikke muligt at gennemføre en analyse af, hvad der karakteriserer de personer, der fik tilkendt en pension. For kontanthjælpsmodtagerne er der derfor kun gennemført en analyse af, hvad der karakteriserer de personer, der i perioden november 1997 – august 1998 ophørte med at modtage kontanthjælp.

Sammenligning af klienter i de udvalgte aktive og passive kommuner

For at kunne vurdere den kommunale indsats og betydningen af henholdsvis en aktiv og passiv kommunal adfærd er det nødvendigt at vurdere klientsammensætningen og tyngden af de sociale og helbredsmæssige problemer. Klienternes vurdering af kommunens indsats kunne tænkes at hænge sammen med arten af de problemer, som den enkelte søger at få hjælp til at løse.

Man kan forstille sig forskellige hypoteser om, at fx de unge, der aldrig har haft et arbejde, er særligt kritiske over for kommunens indsats, hvorimod de ældre stiller færre krav. Eller man kan forestille sig, at mænd ved mødet med den kommunale forvaltning stiller andre krav til aktivitetsniveauet end kvinder. Er der forskel på danskere og udenlandske borgere i deres kritiske holdninger? Om disse påstande hviler på fordomme eller ej, skal følgende analyser afsløre.

3.1. Aldersfordeling og forsørgelsesgrundlag

Kontanthjælpsmodtagerne er gennemgående væsentligt yngre end sygedagpengemodtagerne, mens førtidspensionisterne gennemgående er de ældste. Der er imidlertid ingen forskelle mellem aldersfordelingen mellem aktive og passive kommuners klienter, når man har taget hensyn til sammensætningen af klienterne efter forsørgelsesgrundlag. En gennemgang af aldersfordelingen (tabel 3.1) viser således, at der ikke er nogen signifikante forskelle mellem de aktive og passive kommuner, når vi har opdelt i modtagere af sygedagpenge, kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister.

Tabel 3.1.

Aldersfordeling opgjort for kommunetype og forsørgelsesgrundlag. Procent.

| | Modtagere af sygedagpenge | | Kontanthjælpsmodtagere | | Førtidspension | |
|----------------|---------------------------|------------------|------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner |
| 18-29 år | 11 | 11 | 36 | 40 | 4 | 3 |
| 30-39 år | 27 | 32 | 31 | 31 | 11 | 10 |
| 40-59 år | 59 | 53 | 31 | 28 | 63 | 57 |
| 60 år -> | 2 | 4 | 2 | 1 | 22 | 30 |
| I alt | 99 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Antal personer | 202 | 189 | 160 | 147 | 217 | 177 |

Anm.: På grund af afrundingsfejl kan der forekomme forskelle imellem i alt-række og sammentælling af søjlernes procenter. Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

3.2. Fødested, modersmål og forsørgelsesgrundlag

Ikke-danske statsborgere ses relativt sjældent blandt sygedagpengemodtagere og førtidspensionister, hvor danskerne er overrepræsenterede. Personer, der ikke har dansk som deres modersmål (eller personer, der ikke er danske statsborgere), ses fortrinsvis i gruppen af kontanthjælpsmodtagere.

Som det fremgår af tabel 3.2 er der stort set ingen forskelle mellem aktive og passive kommuner, når det drejer sig om andelen af ikke-danske statsborgere, eller personer der ikke har dansk som deres modersmål. Den eneste statistisk signifikante forskel er, at der blandt førtidspensionisterne er en svag overrepræsentation af ikke-danske statsborgere i de passive kommuner.

Tabel 3.2.

Fødested og modersmål. Procentandele.

| | Modtagere af sygedagpenge | | Kontanthjælpsmodtagere | | Førtidspension | |
|--|---------------------------|------------------|------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner |
| Ikke født i Danmark | 4 | 10 | 27 | 34 | 4 | 11 |
| Ikke dansk som modersmål | 5 | 7 | 26 | 33 | 5 | 9 |
| Født i Danmark med dansk som modersmål | 95 | 90 | 73 | 65 | 95 | 89 |
| Antal personer | 202 | 189 | 160 | 147 | 217 | 177 |

Anm.: Kun blandt førtidspensionisterne og blandt sygedagpengemodtagerne kan man finde signifikante forskelle mellem kommunetyperne ($p=0,01$ henholdsvis $0,05$)

3.3. Familiecycle og forsørgelsesgrundlag

De unge (under 40 år) uden børn er relativt oftere at finde blandt kontanthjælpsmodtagerne, ligesom det er tilfældet for småbørnsfamilierne med børn under skolealderen (tabel 3.3). Derimod er de unge ældre uden hjemmeboende børn relativt hyppigere blandt sygedagpengemodtagerne og førtidspensionisterne. Det er således ikke overraskende, at man relativt ofte finder de ældre på 60 år og derover blandt førtidspensionisterne.

Der er imidlertid ingen forskelle mellem aktive og passive kommuner med hensyn til familiemæssig placering i en familiecycle for klienter inden for klientgrupper opdelt efter forsørgelsesgrundlag. De få mindre forskelle, der findes, ligger inden for den margin,

Tabel 3.3.
Familieforhold. Procent.

| | Modtagere af sygedagpenge | | Kontanthjælpsmodtagere | | Førtidspension | |
|--------------------------------------|---------------------------|------------------|------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner |
| Unge < 40 år | 16 | 13 | 23 | 21 | 8 | 7 |
| Småbørnsfamilier, yngste barn < 7 år | 21 | 23 | 38 | 46 | 6 | 4 |
| Skolebørnsfamilier, barn 7 + år | 24 | 28 | 23 | 22 | 25 | 19 |
| Unge ældre, 50 - 59 år | 37 | 33 | 14 | 10 | 41 | 41 |
| Ældre, 60 + år | 2 | 3 | 2 | 0 | 21 | 28 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 99 | 101 | 99 |
| Antal personer | 202 | 189 | 160 | 147 | 177 | 217 |

Anm.: På grund af afrundingsfejl kan der forekomme forskelle imellem i alt-række og sammentælling af søjlernes procenter. Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

der kan henregnes til stikprøveusikkerheden. En mere nuanceret opdeling på familietyper, hvor der skelnes mellem parfamilier og enlige inden for hver familietype, leder frem til samme konklusion (ikke gengivet her).

3.4. Enlige, samlevende småbørnsforældre og teenageforældre fordelt efter forsørgelsesgrundlag

Revalideringen af enlige småbørnsmødre eller mødre, der startede med at få børn i en tidlig alder, kan stille særlige krav til den kommunale forvaltning. Ofte vil disse mødre have kortvarige

Tabel 3.4.

Forekomst af særlige familieforhold. Procentandele.

| | Modtagere af sygedagpenge | | Kontanthjælpsmodtagere | | Førtidspension | |
|------------------------------|---------------------------|------------------|------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner |
| Enlige | 24 | 32 | 47 | 48 | 31 | 42 |
| Enlige småbørnsforældre | 4 | 5 | 11 | 13 | 0 | 1 |
| Teenagemødre med første barn | 2 | 3 | 10 | 10 | 1 | 0 |
| Antal personer | 202 | 189 | 160 | 147 | 217 | 177 |

Anm.: Den eneste signifikante forskel mellem kommunetyperne er blandt førtidspensionisterne med hensyn til forekomst af enlige ($p=0,02$).

skole- og erhvervsuddannelseserfaringer. Ved en sammenligning af aktive og passive kommuner kan det således spille en rolle, hvis der er relativt mange klienter med sådanne problemer. Disse klienter kunne tænkes at stille andre krav, der var vanskelige at opfylde.

Imidlertid viser undersøgelsen, at antallet af enlige småbørnsforældre og forældre, der fik deres første barn som teenager, er ligeledes fordelt mellem aktive og passive kommuners henholdsvis sygedagpengemodtagere, kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister (tabel 3.4).

Analyserne viser, at der er en svag ($P<0,02$) overvægt af enlige blandt de passive kommuners førtidspensionister. Der er 42 pct. enlige i denne gruppe, mens der kun er 31 pct. blandt førtidspensionisterne i de udvalgte aktive kommuner.

3.5. Længden af skoleuddannelsen

Både i aktive og i passive kommuner er der en tendens til, at førtidspensionisterne adskiller sig fra de øvrige grupper ved en kort skoleuddannelse (7-8 år eller kortere), jf. tabel 3.5. Blandt kontanthjælpsmodtagerne og blandt modtagere af sygedagpenge ses relativt hyppigere 9-10 års skolegang, ligesom studentereksamen gennemgående er mere udbredt i disse grupper end blandt førtidspensionisterne. En kortvarig skoleuddannelse kan stille den kommunale forvaltning over for særlige udfordringer både med hensyn til revalideringsindsats og aktiveringstilbud. Det viser sig

Tabel 3.5.
"Hvilken skoleuddannelse har De?" Procent.

| | Modtagere af sygedagpenge | | Kontanthjælpsmodtagere | | Førtidspension | |
|---------------------------|---------------------------|------------------|------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner |
| Under 7 års skolegang | 11 | 14 | 5 | 6 | 11 | 16 |
| 7-8 års skolegang | 19 | 18 | 14 | 6 | 49 | 38 |
| 9-10 års skolegang | 56 | 55 | 59 | 55 | 33 | 37 |
| Studentereksamen, hf m.v. | 13 | 12 | 10 | 16 | 6 | 7 |
| Andet | 1 | 2 | 12 | 17 | 1 | 2 |
| I alt | 100 | 101 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Antal personer | 202 | 189 | 160 | 147 | 217 | 177 |

Anm.: På grund af afrundingsfejl kan der forekomme forskelle imellem i alt-række og sammentælling af søjlernes procenter. Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

imidlertid, at der ikke ses nogle signifikante forskelle i omfanget af sådanne problemer mellem de udvalgte aktive og de passive kommuner.¹⁾

3.6. Længden og arten af erhvervsuddannelsen

Blandt kontanthjælpsmodtagerne er der relativt mange, der ikke har nogen erhvervsuddannelse, mens lærlinge og efg-uddannelserne og anden faglig uddannelse ses relativt hyppigere blandt de udvalgte kommuners førtidspensionister og sygedagpengemodtagere. Det er ligeledes i disse grupper, man finder en lidt hyppigere forekomst af de mellemlange uddannelser (3-4 år). Lang videregående uddannelse (over 4 år) ses sjældent uanset forsørgelsesgrundlag.

Der kan ikke konstateres statistisk signifikante forskelle mellem klienternes erhvervsuddannelser i de udvalgte aktive og passive kommuner. Særskilte opgørelser mellem dem, der har henholdsvis ikke har en faglig uddannelse kan heller ikke afsløre nogle forskelle mellem de to kommunetyper.

3.7. Erhvervserfaring og forsørgelsesgrundlag

Kontanthjælpsmodtagerne adskiller sig fra de to øvrige grupper ved en relativt kort erhvervserfaring. Omkring en fjerdedel havde slet ingen tidligere erhvervsbeskæftigelse (tabel 3.6). Det ses således, at omkring halvdelen slet ingen erhvervserfaring har eller har under 5 års samlet lønnet arbejde efter det fyldte 18. år. Det er det modsatte billede, der tegner sig for sygedagpengemodtagerne og førtidspensionisterne. Her har omkring halvdelen mere end 20 års samlet erhvervsmæssig beskæftigelse.

En nærmere analyse viser imidlertid, at der ikke er nogen signifikante forskelle mellem de udvalgte aktive og passive kommuner, hvad angår klienternes erhvervserfaring inden for de aktuelle forsørgelsesgrupper (kontanthjælp, sygedagpenge og førtidspension).

1) Særskilte analyser af forekomst af kort skolegang (7-8 år eller mindre) eller studentereksamen, hf m.v. viser ingen signifikante forskelle mellem passive og aktive kommuners klienter, når der tages hensyn til forsørgelsesgrundlag.

Tabel 3.6.

“Hvor mange år har De i alt haft lønnet arbejde, siden De fyldte 18 år?” Procent.

| | Modtagere af sygedagpenge | | Kontanthjælpsmodtagere | | Førtidspension | |
|---------------------|---------------------------|------------------|------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner |
| Ingen beskæftigelse | 2 | 1 | 27 | 28 | 8 | 6 |
| 1 - 4 år | 6 | 7 | 21 | 24 | 7 | 8 |
| 5 - 9 år | 13 | 12 | 21 | 15 | 7 | 6 |
| 10 - 14 år | 13 | 19 | 13 | 10 | 7 | 8 |
| 15 - 19 år | 12 | 16 | 6 | 9 | 11 | 10 |
| 20 - 29 år | 30 | 24 | 10 | 10 | 28 | 27 |
| 30 - 60 år | 23 | 21 | 2 | 4 | 33 | 34 |
| I alt | 99 | 100 | 100 | 100 | 101 | 99 |
| Antal personer | 202 | 189 | 160 | 147 | 217 | 177 |

Anm.: For 14 persons vedkommende manglede der oplysninger om beskæftigelsesomfanget. Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

Der er således lige store andele, der helt mangler erhvervs erfaring, i de aktive såvel som i de passive kommuner. Der er ligeledes samme andele, der har mere end 20 års erhvervs erfaring i såvel de aktive som de passive kommuner.

3.8. Psykiske problemer og forsørgelsesgrundlag

Det kan være en psykisk belastning ikke at kunne klare sig selv og være afhængig af at skulle anmode det offentlige om bistand, selv om der er tale om klare retskrav. Med arbejdsløshed følger i mange tilfælde også isolation. De udfordringer og den videreuddannelse, som indgår i arbejdssituationen, er de pågældende afskåret

fra. Nærværende undersøgelse kan imidlertid ikke belyse om sådanne psykiske belastninger er årsag til de nuværende psykiske problemer, eller om det er andre forhold, der har skabt såvel de psykiske problemer som eventuel manglende erhvervsevne.

Undersøgelsen viser at det er relativt mange (omkring 20 pct.), der det meste af tiden eller hele tiden har følt sig triste til mode igennem de seneste 4 uger (tabel 3.7). Mellem en fjerdedel og en tredjedel har fået behandling for psykiske lidelser eller personlige problemer. Det er endvidere ikke usædvanligt, at deres fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer havde gjort det vanskeligt for dem at se andre mennesker (fx besøge venner, slægtninge osv.). I gennemsnit scorer de interviewede i intervallet 41-45 på PCS-12, hvilket svarer til den mest belastede fjerdedel af normalbefolkningen (den amerikanske).²⁾

Der er kun mindre forskelle mellem forsørgelsesgrupperne med hensyn til psykiske problemer. Der er således nogenlunde lige store andele i de tre forsørgelsesgrupper, der hele tiden eller det meste af tiden føler sig trist til mode. Dog er det relativt sjældnere blandt kontanthjælpsmodtagerne, at de er i den situation, at deres fysiske helbred og følelsesmæssige problemer gør det vanskeligt at se andre mennesker. Der er imidlertid en lidt større andel af kontanthjælpsmodtagerne, der har søgt førtidspension af psykiske grunde, end det er tilfældet blandt sygedagpengemodtagerne.

Det gennemgående billede er, at der ikke er nævneværdige forskelle mellem de udvalgte aktive og passive kommuner med hensyn til klienternes psykiske problemer inden for de aktuelle forsørgelsesgrupper. Dog er der signifikante ($P < 0,003$) forskelle for førtidspensionisternes vedkommende, idet det er en større andel (44 pct.), der har fået behandling for en psykisk lidelse i de passive kommuner end i de aktive kommuner (29 pct.). Der er ligeledes

2) Ware, J.E. et al. (1995): SF-12: How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts. PCS står for Physical Component Summary Score, og '12' henviser til, at målet dannes på baggrund af svaret på 12 spørgsmål.

Tabel 3.7.

Forekomst af psykiske problemer m.v. Procentandele.

| | Modtagere af sygedagpenge | | Kontanthjælpsmodtagere | | Førtidspension | |
|---|---------------------------|------------------|------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner |
| Hele tiden eller det meste af tiden følt sig trist til mode | 22 | 26 | 17 | 22 | 18 | 15 |
| Fysiske eller følelsesmæssige problemer, har vanskeliggjort det at se andre | 49 | 50 | 29 | 24 | 42 | 45 |
| Har fået behandling for psykiske lidelser | 26 | 33 | 28 | 31 | 29 | 43 |
| Har søgt førtidspension af psykiske grunde | 2 | 3 | 5 | 7 | 8 | 19 |
| Antal personer | 202 | 189 | 160 | 147 | 217 | 177 |
| Gns. score på psykisk indeks | 43 | 41 | 43 | 42 | 45 | 44 |
| Procentandel < 35 point | 18 | 28 | 18 | 18 | 16 | 18 |

Anm.: For førtidspensionisternes vedkommende var der signifikante forskelle både med hensyn til at få behandling for psykiske lidelser og med hensyn til at søge pension af psykiske grunde ($p=0,05$ og $0,001$).

en signifikant ($P<0,002$) større andel (19 pct.) blandt førtidspensionisterne i de udvalgte passive kommuner, der har søgt førtids-

pension af psykiske grunde, sammenlignet med de udvalgte aktive kommuner (8 pct.). Men det skal tilføjes, at der med hensyn til de øvrige mål for psykisk velbefindende ikke er signifikante forskelle mellem førtidspensionisterne i de aktive og passive kommuner.

3.9. Forekomst af misbrugsproblemer og forsørgelsesgrundlag

En lidt større andel af kontanthjælpsmodtagerne har efter egen vurdering været ude i et misbrug af alkohol, stoffer eller lignende sammenlignet med sygedagpengemodtagerne. Brug af hash, m.v. ses endvidere lidt hyppigere i gruppen af kontanthjælpsmodtagere end i de andre grupper. Et forbrug på mere end 20 genstande om

Tabel 3.8.
Forekomst af misbrugsproblemer. Procentandele.

| | Modtagere af sygedagpenge | | Kontanthjælpsmodtagere | | Førtidspension | |
|---|---------------------------|------------------|------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner |
| Har været ude i misbrug af alkohol, stoffer el. lign. | 6 | 7 | 20 | 22 | 8 | 15 |
| Bruger for tiden hash m.v. | 1 | 2 | 5 | 12 | 2 | 4 |
| Drikker mere end 20 genstande om ugen | 1 | 5 | 7 | 8 | 5 | 8 |
| Antal personer | 202 | 189 | 160 | 147 | 217 | 177 |

Anm.: For modtagere af sygedagpenge var der en svag forskel mellem kommunetyperne med hensyn til andelen, der drikker mere end 20 genstande om ugen ($p=0,05$). For kontanthjælpsmodtagerne var der en svag forskel med hensyn til andelen, der for tiden bruger hash ($p=0,05$). Blandt førtidspensionisterne var der en svag forskel med hensyn til andelen, der har været ude i misbrug af alkohol, stoffer el. lign. ($p=0,05$).

ugen ses ligeledes relativt hyppigere blandt kontanthjælpsmodtagerne end blandt sygedagpengemodtagerne (tabel 3.8).

Det gennemgående mønster er dog, at der ikke er nævneværdige forskelle mellem de udvalgte aktive og de udvalgte passive kommuners klienters misbrugsproblemer. Blandt førtidspensionisterne er der dog en svag overrepræsentation ($P < 0,04$) af personer, der siger, at de har været ude i et misbrug af alkohol, stoffer eller lignende i de udvalgte passive kommuner i forhold til de aktive kommuner. Blandt kontanthjælpsmodtagerne er der ligeledes en svag overrepræsentation ($P < 0,04$), der for tiden bruger hash mv. i de udvalgte passive kommuner. Endelig ses en svag overrepræsentation ($P < 0,05$) blandt sygedagpengemodtagerne, der drikker mere end 20 genstande om ugen i de passive kommuner sammenlignet med de aktive kommuners sygedagpengemodtagere.

Forskellene viser altså, at det snarest er de udvalgte passive kommuner, der er konfronteret med lidt større misbrugsproblemer, end det omvendte er tilfældet.

3.10. Omfang af fysiske helbredsproblemer og forsørgelsesgrundlag

Til vurdering af de fysiske helbredsforhold er anvendt et score,³⁾ der udtrykker en række fysiske færdigheder (at flytte et bord, støvsuge, at gå flere etager på trapper, m.v.). Som forventeligt er kontanthjælpsmodtagerne i langt bedre fysisk helbredsmæssig kondition end sygedagpengemodtagerne og førtidspensionisterne. Men kontanthjælpsmodtagerne ligger dog under "normalbefolkningen", hvad angår almindeligt fysisk helbred. Over halvdelen af såvel sygedagpengemodtagerne som førtidspensionisterne har mindre end 35 point på den omtalte skala, hvor det normale er omkring 50 point (tabel 3.9).

3) Ware, J.E. et al. (1995): SF-12: How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts.

Tabel 3.9.

Omfanget af fysiske helbredsproblemer. Procentandele.

| | Modtagere af sygedagpenge | | Kontanthjælpsmodtagere | | Førtidspension | |
|--|---------------------------|------------------|------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner |
| En hel del smerter, der vanskeliggør daglige aktiviteter | 56 | 57 | 26 | 14 | 53 | 38 |
| Antal personer | 202 | 189 | 160 | 147 | 217 | 177 |
| Gns. score på psykisk indeks | 31 | 33 | 43 | 48 | 32 | 36 |
| Procentandel < 35 point | 67 | 64 | 31 | 14 | 62 | 46 |

Anm.: Der er signifikante forskelle blandt både kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister med hensyn til andelen, der har smerter ($p=0,01$, henholdsvis $0,005$). Der er også i disse to grupper signifikante forskelle mellem kommunetyperne i andelen, der scorer under 35 point på funktionsevneindekset ($p=0,0005$ henholdsvis $0,001$).

Omkring halvdelen af såvel sygedagpengemodtagerne som førtidspensionisterne i de udvalgte kommuner har inden for de sidste 4 uger haft en hel del eller virkelig mange fysiske smerter, der har vanskeliggjort daglige aktiviteter. Dette forekom kun omkring halvt så hyppigt blandt kontanthjælpsmodtagerne.

Undersøgelsen viser, at der både blandt kontanthjælpsmodtagerne og blandt førtidspensionisterne er signifikant flere, der klager over smerter, der vanskeliggør daglige gøremål i de aktive kommuner end i de passive kommuner. Blandt førtidspensionisterne ($P<0,003$) er forskellene noget større end blandt kontanthjælpsmodtagerne ($P<0,01$). Ligeledes er der signifikant ($P<0,001$) flere, der scorer under 35 point på den fysiske helbredsskala blandt de udvalgte

aktive kommuners kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister, end det er tilfældet for de udvalgte passive kommuner.

Det er imidlertid ikke muligt, med de data der er til rådighed her, at afgøre, om der relativt set er flere personer med smerter eller dårlig funktionsevne blandt hele befolkningen i de aktive kommuner end i de passive kommuner, eller om forskellen skyldes, at de aktive kommuner blot er mere restriktive end de passive: Ved en mere restriktiv pensionspraksis ville man kræve flere skavanker for at tilkende en førtidspension og dermed få en førtidspensionistbestand bestående af relativt flere personer med belastende vilkår.

Disse forhold kan spille en rolle, når de pågældende personer skal vurdere kommunens indsats. Det er derfor nødvendigt at foretage sammenligninger af de aktive og passive kommuner på en sådan måde, at der tages højde for disse forskelle.

3.11. Klienternes vurdering af kommunernes tilbud

De interviewede klienter blev bedt om en vurdering af kommunens indsats i deres egen sag. På en skala fra 1 til 5 blev interviewpersonen bedt om at tage stilling til en række påstande, hvor yderpunkterne var *helt enig* (1) eller *helt uenig* (5). Eksempelvis blev interviewpersonen bedt om at tage stilling til følgende påstand (a): *Kommunen var god til at lytte til mine ønsker og behov*. En anden påstand, de interviewede skulle tage stilling til, var (b): *Meget af tiden er gået med ventetid*. En tredje påstand var (c): *Kommunen har virkelig hjulpet mig med at komme videre*. Endelig var den fjerde påstand (d): *Kommunen har mere kontrolleret mig i stedet for at hjælpe mig*.

Hvis man ser bort fra sammensætningen i forsørgelsesgrupper og andre forhold, der kan adskille kommunerne, viser analyserne, at de passive kommuner på alle områder bliver vurderet signifikant mere positivt end de aktive kommuner (tabel 3.10).

Blandt klienterne i de udvalgte aktive kommuner er der således 39 pct., der erklærer sig helt enige i udsagnet (a): *Kommunen var god*

Tabel 3.10.

Klienternes vurdering af kommunens tilbud. Procent.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
|---|-----------|----|----|----|------------|-------|----------------|
| <i>Kommunen var god til at lytte til mine ønsker og behov</i> | Helt enig | | | | Helt uenig | I alt | Antal personer |
| Aktive kommuner | 32 | 13 | 19 | 6 | 30 | 100 | 539 |
| Passive kommuner | 39 | 18 | 14 | 6 | 22 | 99 | 479 |
| <i>Meget af tiden er gået med ventetid</i> | Helt enig | | | | Helt uenig | I alt | Antal personer |
| Aktive kommuner | 33 | 9 | 19 | 9 | 29 | 99 | 541 |
| Passive kommuner | 24 | 9 | 17 | 11 | 39 | 100 | 481 |
| <i>Kommunen har virkelig hjulpet mig til at komme videre</i> | Helt enig | | | | Helt uenig | I alt | Antal personer |
| Aktive kommuner | 20 | 9 | 22 | 10 | 39 | 100 | 535 |
| Passive kommuner | 26 | 16 | 19 | 11 | 28 | 100 | 481 |
| <i>Kommunen har mere kontrolleret mig i stedet for at hjælpe mig</i> | Helt enig | | | | Helt uenig | I alt | Antal personer |
| Aktive kommuner | 22 | 6 | 19 | 10 | 44 | 99 | 537 |
| Passive kommuner | 15 | 7 | 15 | 8 | 55 | 100 | 483 |

Anm.: Der er på alle fire spørgsmål signifikante forskelle mellem aktive og passive kommuner i klienternes svarfordeling ($p=0,001$, $0,004$, $0,001$ og $0,004$).

til at lytte til mine ønsker og behov. Dette er imidlertid kun tilfældet for 32 pct. blandt de udvalgte passive kommuners klienter.

Tilsvarende var der 30 pct. af de passive kommuners klienter, der erklærede sig helt uenige i udsagnet, mens dette kun var tilfældet for 22 pct. af de aktive kommuners klienter. Der er tale om signi-

fikante forskelle ($P < 0,001$) i klienternes vurdering af de aktive og passive kommuners evne til at lytte.

Samme markante forskel ses, hvis man tager udgangspunkt i den anden påstand (b): *Meget af tiden er gået med ventetid*. Her erklærer 33 pct. af de passive kommuners klienter sig helt enige i dette udsagn, hvorimod det kun er 24 pct. blandt de aktive kommuners klienter, der vurderer således. Omkring 39 pct. af de aktive kommuners klienter er helt uenige i denne påstand, mens dette kun er tilfældet for 29 pct. af de passive kommuners klienter. For denne påstand (b) ses en markant signifikans ($P < 0,004$) mellem klienternes vurdering af de aktive og passive kommuner. Helt analogt ses for de øvrige to påstande signifikante forskelle (hhv. $P < 0,001$ og $P < 0,004$) mellem klienternes vurdering af de udvalgte aktive og de udvalgte passive kommuners indsats.

For at gøre billedet mere simpelt og overskueligt er konstrueret et samlet mål for en negativ vurdering af kommunens indsats: Hvis man erklærer sig helt uenig i blot et af de positive udsagn (a) og (c), eller hvis man erklærer sig helt enig i blot et af de negative udsagn (b) og (d), kategoriseres vurderingen som negativ. De øvrige svarmuligheder kategoriseres som en positiv vurdering. Det er gjort ud fra en betragtning om, at der ikke er nogen tvivl i den interviewedes sind om vurderingen af kommunens indsats, når der vælges et sådant negativt yderpunkt.

Undersøgelsen viser, at det er over halvdelen (56 pct.) af de udvalgte aktive kommuners klienter, der udtrykker sig kategorisk negativt på mindst et af de fire nævnte udsagn. Der er signifikant ($P < 0,0002$) færre blandt de passive kommuner, der vurderes på denne måde af deres klienter (44 pct.), men dog også relativt mange (tabel 3.11).

Imidlertid kunne sådanne forskelle være fremkommet på baggrund af forskelligheder i klientsammensætningen i de udvalgte aktive og passive kommuner. De fundne forskelle ville således ikke kunne henføres til en forskellig praksis i de to kommune-typer.

Tabel 3.11.

Et eller flere helt negative udsagn, der vurderer kommunens tilbud. Procent.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|
| Ingen helt negative udsagn | 56 | 44 |
| Et eller flere negative udsagn | 44 | 56 |
| I alt | 100 | 100 |
| Antal personer | 479 | 539 |

D.f. = 1, = 14,6, p = 0,0002.

*Anm.: Ved helt negative vurderinger har interviewpersonen 1) erklæret sig **helt enig** i udsagnet "Meget af tiden er gået med ventetid" eller udsagnet "Kommunen har mere kontrolleret mig i stedet for at hjælpe mig". 2) Eller erklæret sig **helt uenig** i et eller flere af de øvrige udsagn.*

3.12. Sociale og psykiske problemers betydning for negativ vurdering af den kommunale indsats

En nærmere undersøgelse af klienternes svar viser, at alt afhængigt af klientens egen situation kan der forekomme forskellige hyppigheder af negative vurderinger af kommunens indsats. En lang række sociale og psykiske baggrundsforhold er blevet inddraget for at finde, hvilke forhold der kan karakterisere de klienter, der oftest giver en negativ vurdering af kommunens indsats. Det drejer sig om klientens skoleuddannelse, erhvervsuddannelsesbaggrund, erhvervs erfaring, køn, familiemæssige forhold, danskere-ikke-danskere. Desuden er inddraget de tidligere nævnte psykiske og somatiske forhold samt misbrugsproblemer.

De enkelte forholds betydning for en negativ vurdering af den kommunale indsats er sket i tre faser. Første fase har bestået af en analyse af den enkelte faktors individuelle betydning. I den anden fase er der sket en vurdering af hvert enkelt baggrundsforholds individuelle betydning, når der tages hensyn til alle de øvrige baggrundsforholds forklaringskraft med hensyn til at afgive en negativ vurdering af den kommunale indsats. Den tredje fase har bestået i

Tabel 3.12.

Analyse af baggrundsforhold, der har sammenhæng med en negativ vurdering af kommunens tilbud til klienten.

| | Parameterestimat | Standard error | Signifikans-niveau P> |
|--|------------------|----------------|-----------------------|
| Kort skolegang (7-8 år) | ÷0,33 | 0,15 | 0,025 |
| Har aldrig haft arbejde | ÷0,61 | 0,25 | 0,01 |
| Mænd | 0,43 | 0,14 | 0,0025 |
| Dansk født og dansk modersmål | 0,77 | 0,22 | 0,0004 |
| Føler sig det meste af tiden trist til mode | 0,51 | 0,17 | 0,0025 |
| En hel del smerter, der vanskeliggør daglige gøremål | 0,67 | 0,14 | 0,0001 |
| Aktiv kommune | 0,44 | 0,13 | 0,001 |
| Førtidspensioneret | ÷0,97 | 0,20 | 0,0001 |
| Sygedagpengemodtager | ÷0,97 | 0,19 | 0,0001 |

Anm.: Den endelige model er tilvejebragt gennem baglæns logistisk regression, hvor de ikke-signifikante baggrundsforhold er udelukket. De variabler, der på denne måde er udeladt fra modellen, er: 1) om vedkommende har en erhvervsuddannelse, 2) drikker mere end 20 genstande om ugen, 3) er enlig med barn under 7 år, 4) om aldersforskellen mellem barn og moder er mere end 20 år, om vedkommende scorer mindre end 35 point, 5) på det psykiske funktionsevneindeks, 6) på det fysiske funktionsevneindeks, 7) er enlig og 8) bruger narkotiske stoffer.

en udskillelse af de baggrundsforhold, som ikke bidrog med nogen nævneværdig information – de øvrige forhold taget i betragtning. Den endelige model ses i tabel 3.12.

Gennemgående viser analyserne, at personer, der kun har fået en kort skolegang (7-8 år eller kortere), samt de personer, der endnu aldrig har haft et arbejde, føler sig godt behandlet af kommunen. De pågældende grupper giver – alt andet lige – sjældnere en nega-

tiv vurdering af kommunens indsats, end det er tilfældet for de personer, der har en længere skolegang, eller som har haft et lønnet arbejde.

Mænd giver oftere end kvinder en negativ vurdering af den kommunale indsats, ligesom danskere er mere kritiske end personer, der enten ikke er født i Danmark, eller som ikke har dansk som deres modersmål.

Personer, der dagligt lider af smerter, er gennemgående mere kritiske over for den kommunale indsats, ligesom klienter der næsten hele tiden er deprimerede. De førtidspensionerede er ligesom sygedagpengemodtagerne gennemgående mere tilfredse med kommunens indsats i deres egen situation, end kontanthjælpsmodtagerne.

Men når man har taget hensyn til alle disse sociale og psykiske baggrundsforhold, som viser sig at have en betydning for vurderingen af kommunens arbejde, er der signifikant forskel mellem klienternes bedømmelse af de udvalgte aktive og passive kommuners indsats – alt andet lige. Når de passive kommuner sjældnere bliver bedømt negativt, så kan man således vanskeligt forklare det med, at det skyldes forskelle i klientsammensætningen. Dels er der kun meget få forskelle i klientsammensætningen, dels slår forskellen mellem vurderingen af de aktive og passive kommuner igennem, selv når man har taget højde for de pågældende baggrundsforhold.

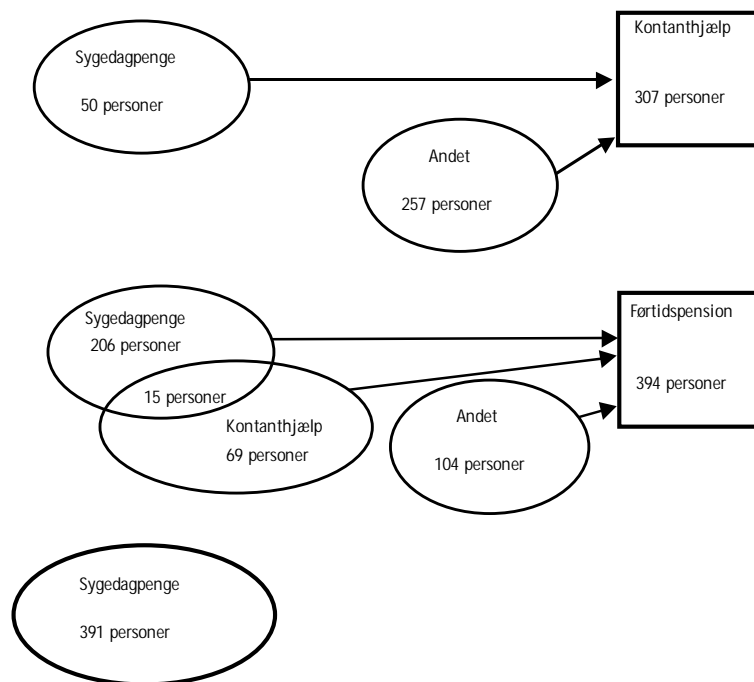
3.13. Aktive og passive kommuners tilbud til kontanthjælps- og sygedagpengemodtagere

De personer, der indgår i de udvalgte tre populationer (førtidspensionister, sygedagpenge- og kontanthjælpsmodtagere), har i forskelligt omfang tidligere i forløbet haft erfaringer med såvel kontanthjælpstilbud som tilbud under sygedagpengeperioden.

Størstedelen af førtidspensionisterne (221 personer ud af 394) havde tidligere modtaget sygedagpenge. En mindre del (84 personer) havde tidligere modtaget kontanthjælp, mens 104 personer

ikke havde modtaget hverken kontanthjælp eller sygedagpenge. Det skal nævnes, at en lille del (15 personer) havde sekventielt modtaget sygedagpenge og kontanthjælp (se diagram).

Diagram over de tre populationer, der indgår i undersøgelsen.



Blandt de 307 personer, der aktuelt modtog kontanthjælp, var der 50 personer, der tidligere havde modtaget sygedagpenge.

En samlet opgørelse over personer, der har eller har haft erfaring med at modtage sygedagpenge viser, at der var i alt (50+221+391) 662 personer, mens (307+84) 391 personer havde haft erfaringer med kontanthjælp.

Tabel 3.13.

Andel sygedagpengemodtagere, der har deltaget i forskellige typer tilbud.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|---|--------------------|---------------------|------|
| Arbejde med tilskud på privat virksomhed | 3 | 4 | - |
| Arbejde med tilskud på offentlig virksomhed | 1 | 2 | - |
| Arbejdsprøvning | 34 | 22 | 0,01 |
| Andre foranstaltninger, der skulle afklare Deres muligheder for fremover at arbejde eller blive revalideret | 12 | 8 | - |
| Uddannelse | 7 | 6 | - |
| Informationsmøder | 2 | 3 | - |
| Daghøjskole | 5 | 9 | - |
| Rygtræning | 10 | 15 | - |
| Andre tilbud eller aktiviteter (også aktiviteter IP selv har taget initiativ til – fx højskoleophold el. lign.) | 7 | 5 | - |
| Deltaget i mindst én aktivitet | 24 | 32 | 0,08 |

Undersøgelsen viser, at der på visse områder er signifikante forskelle mellem de aktive og de passive kommuners anvendelse af de forskellige tilbud, der kan gives de pågældende personer.

Sygedagpengemodtagerne har modtaget forskellige tilbud, afhængigt af om de boede i en af de aktive eller en af de passive kommuner, jf. tabel 3.13. For det første er der en større andel af sygedagpengemodtagerne, der har deltaget i mindst én aktivitet i de passive kommuner (32 pct.), end i de aktive kommuner (24 pct.) ($p < 0,08$). De, der har deltaget i mindst én aktivitet, har i gennemsnit deltaget i 1,5 aktivitet (her kan der ikke peges på markante forskelle

Tabel 3.14.

Forekomst af forskellige typer af tilbud til kontanthjælpsmodtagere for aktive og passive kommuner. Procent.

| <i>Har De, mens De modtog kontanthjælp, deltaget i følgende?</i> | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|---|-----------------|------------------|--------|
| Arbejde med tilskud på privat virksomhed | 7 | 8 | - |
| Arbejde med tilskud på offentlig virksomhed | 17 | 11 | - |
| Kommunalt beskæftigelsesprojekt*) | 27 | 33 | - |
| Daghøjskole*) | 24 | 12 | 0,005 |
| Elev på produktionsskole*) | 8 | 5 | |
| Elev på højskole*) | 7 | 2 | - |
| Amu-kurser | 17 | 12 | - |
| Arbejdsprøvning | 8 | 13 | - |
| Andre foranstaltninger, der skulle afklare Deres muligheder for fremover at arbejde eller blive revalideret | 5 | 4 | - |
| Andre kurser eller uddannelse*) | 33 | 23 | 0,025 |
| Informationsmøder | 7 | 3 | - |
| Frivillige, ulønnede aktiviteter | 7 | 3 | - |
| Andre tilbud | 9 | 5 | - |
| I alt | 56 | 33 | 0,0001 |

*) Heraf uddannelse

Anm.: P-værdierne angiver maksimum for signifikansniveau beregnet ved Fishers eksakte test. I alt indgik 385 personer i opgørelsen vedrørende erfaringer med kontanthjælps erfaringer.

mellem de to kommunetyper). Arbejdsprøvning anvendes markant oftere i de aktive kommuner, hvor 34 pct. af sygedagpengemodtagerne har deltaget i denne type aktivitet mod 22 pct. i de

passive kommuner ($p < 0,01$). Der synes omvendt at være en tendens til, at sygedagpengemodtagerne i de passive kommuner i højere grad har været på daghøjskole eller deltaget i rygtræning (henholdsvis 9 pct. mod 5 pct. og 15 pct. mod 10 pct.). Forskellene er dog ikke signifikante.

Personer, der i en periode har modtaget kontanthjælp, deltager oftere i forskellige undervisningstilbud, hvis de bor i en af de aktive kommuner. Det drejer sig især om tilbud om daghøjskole, eller andre kurser eller uddannelsesstilbud. Over halvdelen (56 pct.) af kontanthjælpsmodtagerne i de aktive kommuner har deltaget i et eller flere af sådanne tilbud (daghøjskole, produktionshøjskole, andre højskoler eller uddannelseskurser), mens dette kun er tilfældet for omkring en tredjedel (33 pct.) af de passive kommuners klienter. Det ser ud til, at der er en svag, om end ikke signifikant tendens til, at de passive kommuner relativt oftere benytter kommunale beskæftigelsesprojekter som tilbud til kontanthjælpsmodtagerne (tabel 3.14).

3.14. Sammenfatning

Sammenfattende kan man sige, at de *kontanthjælpsmodtagere*, der deltager i denne undersøgelse, er karakteriseret ved,

- at være relativt unge – over en tredjedel er under 30 år og 2/3 er under 40 år
- to tredjedele er danskere forstæet sådan, at de er født i Danmark og har dansk som modersmål
- mellem en tredjedel og halvdelen har småbørn (<7 år) og godt en femtedel har skolebørn
- halvdelen af kontanthjælpsmodtagerne er enlige
- over halvdelen af kontanthjælpsmodtagerne har 9-10-års skolegang, mens 10-15 pct. har studentereksamen el. lign.
- en fjerdedel har ingen erhvervs erfaring
- knap en tredjedel har fået behandling for en psykisk lidelse
- hver femte har været ude i misbrug af alkohol, stoffer el.lign.
- omkring hver femte har smerter, der vanskeliggør de daglige aktiviteter. På et indeks for funktionsevne er den gennemsnitlige score tæt på normalbefolkningens.

Klienterne i de passive kommuner adskiller sig fra klienterne i de aktive kommuner bl.a. ved, at der i de aktive kommuner er flere kontanthjælpsmodtagere, der har smerter, der vanskeliggør de daglige aktiviteter, og der er en større andel, der målt på et funktionsevneindeks har en lav score end i de passive kommuner.

Sygedagpengemodtagerne er karakteriseret ved, at

- være noget ældre end kontanthjælpsmodtagerne – over halvdelen er i alderen 40-59 år
- over 90 pct. er dansk født og har dansk som modersmål
- omkring halvdelen har enten småbørn eller børn i skolealderen
- godt en fjerdedel er enlige
- godt halvdelen har 9-10-års skolegang, og 12-13 pct. har studentereksamen el. lign.
- omkring halvdelen har mere end 20-års erhvervs erfaring
- godt halvdelen har fået behandling for en psykisk lidelse
- over halvdelen har smerter, der vanskeliggør de daglige aktiviteter. To tredjedele har en meget lille funktionsevne (lav score på et funktionsevneindeks).

Førtidspensionisterne er karakteriseret ved at

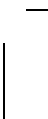
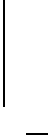
- langt de fleste er over 40 år. Omkring en fjerdedel er over 60 år
- 9 ud af 10 er dansk fødte og har dansk som modersmål
- over en tredjedel er enlige
- mellem 1/3 og 1/4 har maks. 8-års skolegang
- over halvdelen har mere end 20-års erhvervs erfaring
- godt en tredjedel har fået behandling for en psykisk lidelse
- omkring hver tiende har haft misbrugsproblemer
- mellem 1/3 og 1/2 har smerter, der vanskeliggør daglige aktiviteter
- over halvdelen har en meget lille funktionsevne (lav score på et funktionsevneindeks).

Førtidspensionisterne i de passive kommuner er i højere grad karakteriseret ved at have misbrugsproblemer end førtidspensionisterne i de aktive kommuner, mens omvendt en større andel af førtidspensionisterne i de aktive kommuner er karakteriseret ved at

have smerter, der vanskeliggør daglige aktiviteter, og ved at en større andel har en meget lille funktionsevne.

Betragtet under ét er der mellem en fjerdedel og halvdelen af klienterne, der vurderer kommunens tilbud om deltagelse i forskellige aktiviteter meget negativt. Det gælder, når klienterne har taget stilling til udsagn om, at kommunen var god til at lytte til klientens behov og ønsker, at meget af tiden er gået med ventetid, en vurdering af, om kommunen har hjulpet dem til at komme videre, og i vurderingen af, om kommunen mere har kontrolleret end hjulpet.

De klienter, der især vurderer kommunens tilbud negativt, er kontanthjælpsmodtagere, mænd, enlige, danskere, personer, der føler sig triste til mode det meste af tiden, personer med smerter og personer i de aktive kommuner. Omvendt er personer med en kort skolegang og som aldrig har haft erhvervsarbejde blandt dem, der især vurderer kommunens tilbud positivt.



Kapitel 4

Sygedagpengemodtagere

I undersøgelsen af personer, der oppebar sygedagpenge, indgik 391 personer fra de udvalgte kommuner nogenlunde ligeligt fordelt med henholdsvis 202 personer fra de aktive og 289 fra de passive kommuner. Knap en tredjedel (hhv. 29 pct. og 32 pct.) havde søgt eller regnede med at søge førtidspension. I det følgende redegøres for deres kontakter til sundhedsvæsenet, arbejdsgiveren og socialforvaltningen i løbet af sygedagpengeperioden frem til interviewtidspunktet.

I begge kommunetyper angiver over halvdelen (hhv. 51 pct. og 60 pct.), at årsagen til sygemeldingen er, at de langsomt er blevet mere og mere syge og til sidst ikke længere har kunnet klare arbejdet. For en mindre del (hhv. 14 og 21 pct.) drejer det sig om en pludseligt opstået eller opdaget sygdom. Der er en svag signifikant forskel mellem kommunetyperne i forekomsten af pludseligt opståede skader. For de aktive kommuner er sygemeldingen relativt hyppigere et resultat af en pludseligt opstået skade (tabel 4.1).

Tabel 4.1.

Personer der har fået sygedagpenge. Andel der angiver den beskrevne årsag til sygemelding. Særskielt opgjort for kommunetype. Procent.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|--|-----------------|------------------|------|
| En pludselig skade | 42 | 31 | 0,04 |
| En pludseligt opstået eller opdaget sygdom | 14 | 21 | - |
| Er langsomt blevet mere og mere syg. Blev sygemeldt, da han/hun ikke længere kunne klare sit arbejde | 51 | 60 | - |
| Procentbasis | 201-202 | 188-189 | |

Der har været hyppige kontakter til sundhedsvæsenet. I gennemsnit omkring 9 kontakter. Det drejer sig om konsultation/behandling hos egen læge, hos praktiserende speciallæge, hos praktiserende fysioterapeut, hos praktiserende kiropraktor, hos naturbehandlere, massagebehandling eller på sygehus. Mens omkring hver tiende har oplevet ventetid hos egen læge, så er det omkring 3/4 (hhv. 70 og 73 pct.), der har oplevet ventetid hos praktiserende speciallæge. Lidt færre (hhv. 69 og 61 pct.) har oplevet ventetid på sygehus.

De relativt få, der har oplevet ventetid hos egen læge, har kun oplevet en relativt kort ventetid (1-2 uger), og de har gennemgående vurderet at ventetiden var helt acceptabel. Ventetiden til behandling på sygehus eller hos praktiserende speciallæge har gennemgående været 7-10 uger i gennemsnit med lidt længere ventetider til sygehusbehandlingen end hos de praktiserende speciallæger. De udspurgte sygedagpengemodtagere var gennemgående også mindre forstående over for ventetider af denne størrelsesorden. På en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder "*helt acceptabel*" og 5 betyder "*helt uacceptabel*", scores således 2,5-3 point ved vurdering af ventetiden til specialistundersøgelser og behandling. Der er ingen nævneværdige forskelle mellem ventetider henholdsvis vurderingen af ventetider for personer i aktive og passive kommuner (tabel 4.2).

Interviewpersonerne blev bedt om at vurdere tre aspekter vedrørende kontakten til praktiserende læge, speciallæge og sygehus. Dels om kontakten var tilfredsstillende med hensyn til ventetid og information, dels med hensyn til tilbud og behandlinger. På en skala fra 1 til 5 kunne de angive, om de var "*helt enige*" eller "*helt uenige*" i nogle konkrete udsagn om kontakten med sundhedsvæsenet. Dels udsagnet: "*Der har været en utilfredsstillende lang ventetid*", udsagnet "*Jeg har fået god information og vejledning, når jeg har følt behov for det*" og dels udsagnet: "*Jeg har fået relevante tilbud/behandlinger.*"

Tabel 4.2.

Antal kontakter til sundhedsvæsenet. Andel der har oplevet ventetid og vurdering af den oplevede ventetid. Særskilt opgjort for kommunetype. Procent.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|---|-----------------|------------------|
| Gennemsnitligt antal kontakter til sundhedsvæsenet | 9,2 | 8,5 |
| Andel der har oplevet ventetid hos (pct.): | | |
| Praktiserende læge | 11 | 6 |
| Praktiserende speciallæge | 70 | 73 |
| Sygehus | 69 | 61 |
| Gennemsnitlig ventetid blandt dem, der har haft ventetid hos (uger): | | |
| Praktiserende læge | 1,6 | 2,1 |
| Praktiserende speciallæge | 6,5 | 8,4 |
| Sygehus | 10,2 | 9,8 |
| Vurdering af ventetid hos (gennemsnitlig score): | | |
| Praktiserende læge | 1,3 | 1,1 |
| Praktiserende speciallæge | 2,5 | 2,6 |
| Sygehus | 2,9 | 2,9 |

Anm.: Gennemsnitlig score på en skala fra 1-5, hvor 1 betyder "helt acceptabelt", og 5 betyder "helt uacceptabelt". Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

Kun få blandt de interviewede fandt ventetiden til den praktiserende læge helt utilfredsstillende lang. Over 85 pct. fandt den helt acceptabel. Anderledes var det med ventetiden til de praktiserende speciallæger. Her fandt omkring en fjerdedel, at ventetiden var helt utilfredsstillende lang. Endnu flere – omkring en tredjedel – blandt de interviewede udtrykte, at ventetiden til konsultation og behandling på sygehuset var helt utilfredsstillende lang.

En overvejende del (over 60 pct.) følte, at de fik god information og vejledning af deres egen læge – det var bedre end ved kontakten med praktiserende speciallæge. Omkring 53-55 pct. mente her, at informationen og vejledningen var god. Mens information og vejledning på sygehuset kun var helt tilfredsstillende for 46-48 pct.'s vedkommende.

Også hvad angår de relevante tilbud og behandlinger rangerer de interviewedes egen praktiserende læge højest. Over halvdelen (53

Tabel 4.3.

Personer der modtager sygedagpenge. Vurdering af tre aspekter af kontakter til praktiserende læge, praktiserende speciallæge og sygehus. Særskilt opgjort for kommunetype. Procent.

| | Aktive kommuner | | | Passive kommuner | | |
|---|-----------------|-----|----|------------------|-----|----|
| | 1 | 2-4 | 5 | 1 | 2-4 | 5 |
| Kontakt med egen praktiserende læge: | | | | | | |
| Utilfredsstillende lang ventetid | 6 | 7 | 86 | 7 | 5 | 88 |
| God information og vejledning | 61 | 34 | 5 | 63 | 32 | 6 |
| Fået relevante tilbud/behandlinger | 53 | 36 | 11 | 51 | 39 | 10 |
| Kontakt med praktiserende speciallæge: | | | | | | |
| Utilfredsstillende lang ventetid | 23 | 37 | 41 | 28 | 28 | 44 |
| God information og vejledning | 53 | 36 | 11 | 55 | 28 | 17 |
| Fået relevante tilbud/behandlinger | 49 | 36 | 16 | 50 | 34 | 16 |
| Kontakt med sygehus: | | | | | | |
| Utilfredsstillende lang ventetid | 34 | 23 | 43 | 32 | 19 | 49 |
| God information og vejledning | 46 | 44 | 10 | 48 | 35 | 17 |
| Fået relevante tilbud/behandlinger | 40 | 45 | 14 | 50 | 33 | 17 |

Anm.: Forskellenes statistiske signifikans er testet med Fishers eksakt test. Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

og 51 pct.) udtrykte, at de helt klart havde fået de relevante tilbud og behandlinger. Dette er nogenlunde lige så hyppigt tilfældet for de praktiserende speciallægers og sygehusenes vedkommende. Der er ingen signifikante forskelle mellem de to kommunetyper, hvad disse vurderinger angår (tabel 4.3).

De mest markante forskelle mellem de passive og aktive kommuner ses i brugen af henvisninger til praktiserende speciallæge (tabel 4.4). Der er nogenlunde lige mange (90-96 pct.) blandt de interviewede, der har konsulteret egen praktiserende læge. Kun omkring halvdelen (51 pct.) blandt de interviewede sygedagpenge-modtagere i de aktive kommuner har konsulteret praktiserende speciallæge. Til sammenligning kan nævnes, at dette er tilfældet for omkring tre fjerdedele (72 pct.) i de passive kommuner. En del af forklaringen på denne forskel – men kun en del – er antagelig, at man i større udstrækning i de aktive kommuner har gjort brug af speciallægekonsultationen via sygehuset. Der er således signifikant flere af de interviewede i de aktive kommuner, der har haft kontakt med sygehuset, sammenlignet med de interviewede i de passive kommuner.

I kommunens opfølgning på en sygedagpengesag vil det ofte være relevant at indhente en eller anden form for lægeerklæring – for at vurdere, om vedkommende vil kunne vende tilbage til sit gamle

Tabel 4.4.

Personer der oppebærer sygedagpenge. Andel der har konsulteret alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge og sygehus. Særskilt opgjort for kommunetype. Procentandele.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|---------------------------------------|-----------------|------------------|--------|
| Konsulteret egen praktiserende læge | 96 | 90 | - |
| Konsulteret praktiserende speciallæge | 51 | 72 | 0,0001 |
| Kontaktet sygehus | 90 | 82 | 0,027 |

Anm.: Forskellenes statistiske signifikans er testet med Fishers eksakt test, hvor P angiver signifikansniveauet.

arbejde, om der eventuelt vil være behov for revalidering, eller om der eventuelt skal overvejes en førtidspension. Der er markant forskel på, i hvilket omfang de aktive og passive kommuner indhenter lægeerklæringer. I de passive kommuner er der indhentet en generel helbredserklæring i 35 pct. af sagerne, mens det kun er tilfældet i 9 pct. af sagerne i de aktive kommuner. En statusbedømmelse er indhentet i 58 pct. af sagerne i de passive kommuner og i 36 pct. af sagerne i de aktive kommuner. Endelig er der indhentet mindst én speciallægeerklæring i 19 pct. af sagerne i de passive kommuner, mens det kun er tilfældet i 5 pct. af sagerne i de aktive kommuner. Alle disse forskelle er stærkt signifikante ($p < 0,001$).

Blandt sygedagpengemodtagerne var der 27 pct., der enten var selvstændige (2 pct.) eller ikke var i arbejde inden sygedagpengeperiodens start (25 pct.). De resterende 73 pct. havde en arbejdsgiver på tidspunktet for sygedagpengeperiodens start. I dette afsnit gøres rede for kontakterne til denne arbejdsgiver i løbet af sygedagpengeperioden. Kun omkring halvdelen har talt med arbejds-

Tabel 4.5.

Andel der har talt med arbejdsgiver om fire aspekter af sygdommen. Særskilt opgjort for kommunetype. Procentandele.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|--|-----------------|------------------|
| <i>Andel der i løbet af sygedagpengeperioden har talt med arbejdsgiver om:</i> | | |
| Den sandsynlige varighed af sygdommen | 56 | 54 |
| Muligheden for at vende tilbage til arbejdspladsen | 55 | 55 |
| Muligheden for at ændre på indretningen af arbejdspladsen | 18 | 15 |
| Muligheden for at skifte til et andet job på arbejdspladsen | 23 | 22 |

Anm.: Kun personer med en arbejdsgiver er medtaget i tabellen. Forskellene er testet med Fishers eksakt test. Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

giveren om varigheden af sygdommen og muligheden for at vende tilbage til arbejdspladsen. Men endnu færre, omkring hver femte, har talt med arbejdsgiveren om muligheden af at ændre på indretningen på arbejdspladsen eller muligheden for at skifte til et andet job på virksomheden (tabel 4.5). I ingen af tilfældene er der signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

Blandt de interviewede personer, der var lønmodtagere inden sygedagpengeperiodens start, havde omkring hver ottende fået tilbudt et andet job på virksomheden. Men kun for 2-3 pct.'s vedkommende var det også blevet iværksat, jf. tabel 4.6. Omkring 6-10 pct. havde fået tilbudt og iværksat nedsat arbejdstid eller fleksibel arbejdstid. En nogenlunde lige så stor del havde fået iværksat et tilbud om at tage hensyn til sygdommen i det daglige, mens det kun for 2-3 pct. har omfattet en særlig indretning af arbejdspladsen.

Tabel 4.6.

Andel der har fået tilbudt og iværksat henholdsvis fået tilbudt en række foranstaltninger fra arbejdsgiver. Procentandele.

| | Aktive kommuner | | Passive kommuner | |
|--|---------------------|---------|---------------------|---------|
| | Tilbudt og iværksat | Tilbudt | Tilbudt og iværksat | Tilbudt |
| Et andet job på virksomheden | 3 | 11 | 2 | 10 |
| Nedsat arbejdstid | 6 | 8 | 10 | 11 |
| Fleksibel arbejdstid | 7 | 5 | 6 | 10 |
| En særlig indretning af arbejdspladsen | 3 | 4 | 2 | 5 |
| At tage hensyn til sygdommen i det daglige | 8 | 13 | 11 | 12 |
| Et nyt arbejde, hvor der ikke kræves en fuld arbejdsindsats (løntilskud) | 3 | 6 | 5 | 6 |

Anm.: Forskellene er testede ved χ^2 -test, d.f. = 2. Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

Nogle relativt få – 3-5 pct. – havde fået aftalt et nyt arbejde med løntilskud, hvor der ikke kræves en fuld arbejdsindsats.

Undersøgelsen viser, at omkring hver fjerde (hhv. 23 og 27 pct.) af sygedagpengemodtagerne havde fået tilbudt en eller flere af de nævnte muligheder, mens omkring halvdelen af disse på interviewtidspunktet var kommet så langt, at tilbuddene også var iværksat. Der var ingen signifikante forskelle mellem de to kommunetyper.

Arbejdsgivernes indsats over for den sygemeldte vurderes ens i de to kommunetyper. I begge kommunetyper vurderer omkring en tredjedel af de sygemeldte, der havde en arbejdsgiver på tidspunktet for sygedagpengeperiodens start, at arbejdsgiveren har interesseret sig meget for, om og hvornår vedkommende kunne vende tilbage til sit gamle arbejde. Lidt færre – 23 pct. i de passive kommuner og 27 pct. i de aktive kommuner – erklærer sig helt enige i, at arbejdsgiveren har gjort alt, hvad han eller hun kunne for at den sygemeldte kunne vende tilbage. Lige knap halvdelen af de sygemeldte (henholdsvis 48 og 46 pct.) erklærer sig helt uenige i dette udsagn. Det gælder altså for omkring halvdelen af de sygemeldte, at de mener, arbejdsgiveren kunne have gjort mere, for at de kunne vende tilbage.

4.1. Den kommunale sagsbehandling i sygedagpengeperioden

Alle de personer, der er udtrukket til deltagelse i undersøgelsen, havde modtaget sygedagpenge i mindst 6 måneder og modtog stadig sygedagpenge på det tidspunkt, hvor de blev udtrukket til at deltage. Der kan således ikke beregnes nogen samlet varighed for sygedagpengeperioden, men kun en hidtidig varighed. Den er i gennemsnit knap 17 måneder (i begge kommunetyper).¹⁾

1) Desuden må der gøres opmærksom på, at klienterne ikke er udvalgt simpelt tilfældigt blandt alle personer, der har modtaget sygedagpenge mere end 6 måneder. Da udvælgelsen er sket blandt personer, der modtog sygedagpenge på udtrækstidspunktet, er der en overvægt af personer, der har modtaget hjælpen i meget lang tid, mens personer, der ikke har modtaget hjælpen i meget mere end 6 måneder er tilsvarende underrepræsenteret i materialet. Se i øvrigt bilag 1.

Langt de fleste – men ikke alle – havde haft et møde med en sagsbehandler i den kommunale socialforvaltning i løbet af sygedagpengeperioden (tabel 4.7). Omkring 8-10 pct. havde endnu ikke fået et sådant møde. Det gennemsnitlige antal møder med sagsbehandlere var henholdsvis 2,7 og 2,6 i de aktive og passive kommuner. Der var heller ikke nogen signifikante forskelle mellem kommunetyperne, hvad angår antallet af sagsbehandlere, som havde taget sig af sagen. I begge kommunetyper var det gennemsnitlige antal 1,8. Der er heller ikke nogen markant forskel på, hvor længe der er gået fra 1. sygedag til første møde med sagsbehandleren. Dette tidsrum er målt på to måder. Klienterne er blevet spurgt, om de har haft et eller flere møder med en sagsbehandler i kommunen, siden de begyndte at få sygedagpenge – og i bekræftende fald hvornår dette eller disse møder fandt sted. Ud fra disse oplysninger kan beregnes en varighed fra første sygedag til første møde. Den er godt 7 måneder (7,3 måneder i de passive kommuner og 7,2 måneder i de aktive kommuner). Alternativt kan varigheden indtil første møde måles ud fra de oplysninger, der er registreret i kommunens journal. Fra journalen er registreret tidspunkter for bl.a. udarbejdelse af handlingsplan, drøftelse og iværksættelse af forrevalidering og erhvervsmæssig revalidering, tidspunkter for opfølgninger og tidspunkter for iværksættelse af en række aktiviteter som løntilskudsjob, arbejdsstræning, daghøjskole, AMU-kurser m.v. På baggrund af disse oplysninger kan findes første dato, som nødvendigvis må involvere sygedagpenge-modtageren. Og på baggrund heraf kan igen beregnes varigheden fra første sygedag til første møde. Gennemføres beregningen på denne måde findes, at der i de passive kommuner i gennemsnit går 5,1 måned og i de aktive kommuner i gennemsnit 6,7 måneder fra 1. sygedag til 1. møde med en sagsbehandler. Det er væsentligt over de 3 måneder, der på det tidspunkt måtte gå, før første opfølgning skulle gennemføres.²⁾

2) Siden 1. april 1997 har første opfølgning af en sygedagpengesag skullet ske efter 8 uger. Inden denne dato skulle første opfølgning ske senest efter 3 måneder.

Tabel 4.7.

Andel der havde møde med én eller flere sagsbehandlere i løbet af sygedagpengeperioden, gennemsnitligt antal møder med sagsbehandlere og gennemsnitligt antal sagsbehandlere i løbet af sygedagpengeperioden. Særskilt efter kommunetype.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|--|-----------------|------------------|
| Havde møde med én eller flere sagsbehandlere i den kommunale socialforvaltning i løbet af sygedagpengeperioden (procentandele) | 90 | 92 |
| Gennemsnitligt antal møder med sagsbehandlere i løbet af sygedagpengeperioden | 2,7 | 2,6 |
| Gennemsnitligt antal sagsbehandlere i løbet af sygedagpengeperioden | 1,8 | 1,8 |

Anm.: Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

Omkring en tredjedel af sygedagpengemodtagerne havde et møde med sagsbehandleren inden 3 måneder efter 1. sygedag, når vi måler denne andel ved at spørge klienterne – og her er der ikke signifikant forskel mellem kommunetyperne. Beregnes andelen i stedet på baggrund af oplysningerne i kommunens journal fås, at 44 pct. af klienterne i de passive kommuner havde haft møde (eller der var iværksat en eller anden aktivitet), før der var gået 3 måneder, mens det kun var tilfældet for 24 pct. af sygedagpengemodtagerne i de aktive kommuner. Denne forskel er signifikant ($p < 0,001$).

I overvejelserne med den kommunale sagsbehandler havde over halvdelen af sygedagpengemodtagerne diskuteret muligheden af at vende tilbage til den gamle arbejdsplads, mens omkring 2/3 havde diskuteret muligheden for at blive helt rask, få et nyt job, eller mulighederne for revalidering. Heri var der ingen signifikante forskelle mellem de to kommunetyper (tabel 4.8).

Derimod kunne man iagttage en signifikant forskel mellem de aktive og de passive kommuner i valget af arbejdsprøvning. Dette blev hyppigere bragt på bane i de aktive kommuner end i de passive

Tabel 4.8.

Andel der har diskuteret en række muligheder med sagsbehandlere i løbet af sygedagpengeperioden. Særskilt opgjort for kommunetype. Procentandele.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|---|-----------------|------------------|-------|
| Muligheder for at vende tilbage til gammel arbejdsplads | 55 | 65 | - |
| Muligheder for at blive helt rask | 69 | 71 | - |
| Muligheder for at få nyt job | 67 | 67 | - |
| Muligheder for revalidering | 71 | 67 | - |
| Muligheder for arbejdsprøvning | 68 | 57 | 0,03 |
| Muligheder for arbejdsoptræning | 40 | 34 | - |
| Muligheder for at få et job, der ikke kræver fuld arbejdsindsats (løntilskud) | 54 | 43 | 0,044 |
| Muligheder for at få førtidspension | 49 | 47 | - |
| Andre muligheder | 13 | 14 | - |

Anm.: Blandt dem der havde en arbejdsgiver på interviewtidspunktet.

kommuner, ligesom mulighederne for at få et job med løntilskud, der ikke kræver fuld arbejdsindsats relativt hyppigere blev diskuteret med klienterne i de aktive kommuner. Der var imidlertid ikke forskel mellem de to kommunetyper med hensyn til, hvorvidt muligheden for førtidspension havde været diskuteret. Dette havde været bragt på bane i næsten halvdelen af tilfældene – henholdsvis 49 pct. og 47 pct.

Over for kontanthjælpsmodtagere er der en række aktivitetstilbud, som den kommunale sagsbehandler kan sætte i værk. Ifølge sagens natur er det kun et mindretal af disse, der er relevante over for sygedagpengemodtagerne. Det drejer sig blandt andet om at komme i arbejde på en privat eller offentlig virksomhed (med løntil-

skud), at komme i gang med en uddannelse, daghøjskole eller deltagelse i informationsmøder. Det er således kun relativt få af disse aktiviteter, der er kommet i anvendelse, jf. tabel 4.9. Dog er der 10-15 pct., der har deltaget i tilbud om rygtræning. Omkring en tredjedel (34 pct.) af interviewpersonerne i de aktive kommuner har deltaget i arbejdsprøvning. Dette er signifikant flere end i de passive kommuner (22 pct.).

Omkring 60 pct. af de sygemeldte svarer, at deres sygedagpengeperiode er blevet forlænget ud over de første 52 ugers varighed. Det gælder i begge kommunetyper. Der er heller ikke markante forskelle på, hvad begrundelsen har været: For omkring 60 pct. har begrundelsen været, at behandlingen af sygdommen stadig ikke er afsluttet, mens de resterende 40 pct. fordeler sig nogenlunde

Tabel 4.9.

Andel der har deltaget i en række aktiviteter i løbet af sygedagpengeperioden. Særskilt opgjort for kommunetype. Procentandele.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|--|-----------------|------------------|------|
| Arbejde med tilskud på privat virksomhed | 3 | 4 | - |
| Arbejde med tilskud på offentlig virksomhed | 1 | 2 | - |
| Arbejdsprøvning | 34 | 22 | 0,01 |
| Andre foranstaltninger der skulle afklare mulighederne for fremover at arbejde eller blive revalideret | 12 | 8 | - |
| Uddannelse | 7 | 6 | - |
| Informationsmøder | 2 | 3 | - |
| Daghøjskole | 5 | 9 | - |
| Rygtræning | 10 | 15 | - |
| Andre tilbud eller aktiviteter | 7 | 5 | - |

ligeligt mellem, at den sygemeldte 1) modtager forrevalidering, 2) skal starte på erhvervmæssig revalidering, 3) har søgt førtidspension og 4) andre begrundelser.

Forlængelse af sygedagpengeperioden kræver en aktiv stillingtagen og en begrundelse fra forvaltningens side. Én indikator på, om forvaltningen har kontrol over sagsbehandlingen, er, om sagsbehandlingen pludselig tager fart, når 52 ugers grænsen nærmer sig. Hvis nemlig alle lægeerklæringer er indhentet, og forvaltningen kender den sygemeldtes status, kræves der ingen pludselige handlinger for at forlænge perioden med begrundelsen, at behandlingen ikke er afsluttet. Og tilsvarende – hvis der skal iværksættes revalidering eller forrevalidering – er der næppe nogen saglig begrundelse for, at dette netop skal ske i perioden lige op til udløbet af de første 52 uger. På denne indikator er der markant forskel på de to kommunetyper, jf. tabel 4.10. 37 procent af de sygemeldte i de passive kommuner mener, at sagsbehandlingen pludselig tog fart, da man nærmede sig 52 ugers grænsen, mens det kun gælder for 21 pct. af de sygemeldte i de aktive kommuner.

Tabel 4.10.

Sygedagpengemodtagere hvis sygedagpengeperiode er forlænget ud over 52 uger, fordelt efter om deres sag tog fart, da man nærmede sig 52 ugers grænsen. Særskilt efter kommune-type. Procent.

| <i>“Er det Deres indtryk, at sagsbehandlingen af Deres sag pludselig tog fart, da man nærmede sig 52 ugers grænsen?”</i> | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|--|-----------------|------------------|
| Ja | 21 | 38 |
| Nej | 79 | 63 |
| I alt | 100 | 101 |
| Antal | 104 | 104 |

Anm.: D.f.=1, $\chi^2=6,704$, $p=0,010$

Tabel 4.11.

Aktiviteter som sygedagpengemodtagerne deltog i i løbet af sygedagpengeperioden. Vurdering af aktiviteterne. Særskilt efter kommunetype. Procent.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|--|-----------------|------------------|
| 1 (Det helt rigtige tilbud) | 34 | 47 |
| 2 | 17 | 10 |
| 3 | 11 | 14 |
| 4 | 4 | 5 |
| 5 (Har ikke hjulpet) | 34 | 24 |
| I alt | 100 | 100 |
| Antal vurderede aktiviteter (procentbasis) | 163 | 136 |
| Gennemsnitlig score | 2,9 | 2,5 |

Anm.: $D.f=4$, $\chi^2 = 9,09$, $P = 0,045$

Sygedagpengemodtagerne er blevet bedt om at vurdere de aktiviteter, de har deltaget i. På en skala fra 1 til 5 kunne de angive, om de syntes, at det var det "*helt rigtige tilbud*" (1) eller et tilbud, der "*ikke har hjulpet*" (5). En opgørelse af vurderingerne af de aktiviteter, som sygedagpengemodtagerne har deltaget i, viser, at aktiviteterne vurderes nogenlunde ens i de to kommunetyper (tabel 4.11).

4.2. Vurdering af kommunens indsats

Som samlet mål for klienternes vurdering af kommunens indsats er dannet ét mål ud fra de vurderinger, der er afreporteret i tabel 4.12. Hvis der er givet mindst ét helt negativt svar på et af spørgsmålene i tabel 4.12 (dvs. svaret '1' eller '5' afhængigt af, hvordan skalaen vender), er personen registreret som havende en negativ vurdering af kommunen – ellers ikke.

I tabel 4.13 er dette måls sammenhæng med personens baggrundskarakteristika og med kommunens indsats analyseret. Fra kapitel 3

Tabel 4.12.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt førtidspension. Stillingtagen til seks udsagn om kommunens tilbud. Stillingtagen på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder "Helt enig" og 5 betyder "helt uenig". Særskilt opgjort for kommunetype. Procent.

| | Aktive kommuner | | | Passive kommuner | | | P< |
|---|--|-----|----|------------------|-----|----|----|
| | 1 | 2-4 | 5 | 1 | 2-4 | 5 | |
| | Kommunen kom alt for tidligt med tilbud, jeg slet ikke var klar til at tage stilling til | 21 | 28 | 51 | 8 | 24 | |
| Kommunen var god til at lytte til mine ønsker og behov | 34 | 43 | 23 | 35 | 44 | 21 | - |
| Meget af tiden er gået med ventetid | 30 | 40 | 31 | 28 | 41 | 31 | - |
| Kommunen har virkelig hjulpet mig til at komme videre | 19 | 51 | 31 | 22 | 50 | 29 | - |
| Kommunen har mere kontrolleret mig i stedet for at hjælpe mig | 19 | 30 | 51 | 14 | 24 | 62 | - |
| Kommunen har alt i alt opfyldt sine forpligtelser over for mig med hensyn til råd, vejledning og tilbud | 28 | 54 | 18 | 35 | 47 | 18 | - |

sås, at en række baggrundskarakteristika hang sammen med, hvordan klienter vurderer kommunen. De fleste af disse baggrundskarakteristika går igen i denne analyse. Der er således en tendens til at vurdere kommunen negativt blandt mænd, personer, der er dansk født og har dansk som modersmål, personer, der det meste af tiden føler sig triste til mode, og blandt personer, der har så mange smerter, at de vanskeliggør daglige gøremål. Omvendt vurderes kommunen generelt mere positivt af personer med en kort skolegang.

Desuden vurderes kommunen mere negativt, jo længere sygedagpengesagen har varet, og jo flere generelle helbredsdeklæringer der

Tabel 4.13.

Analyse af baggrundsforhold, der har sammenhæng med en negativ vurdering af kommunens tilbud blandt sygedagpengemodtagere.

| Variabel | Parameterestimat | P< |
|---|------------------|--------|
| Intercept | 1.9892 | 0.0004 |
| Kort skolegang (7-8 år) | -0.6594 | 0.0074 |
| Mænd | 0.5141 | 0.0324 |
| Dansk født og dansk modersmål | 1.4414 | 0.0028 |
| Føler sig det meste af tiden trist til mode | 0.4702 | 0.0736 |
| En hel del smerter, der vanskeliggør daglige gøremål | 0.5072 | 0.0251 |
| Aktiv kommune | -0.4925 | 0.0341 |
| Varigheden af sygedagpengesagen (målt i måneder) | 0.0296 | 0.0167 |
| Antal indhentede helbredsbeholdninger | 0.5058 | 0.0040 |
| Har modtaget mindst ét aktivitetstilbud, der vurderes som "det helt rigtige tilbud" | -0.4577 | 0.0828 |

McFaddens $R^2=0,09$

P for Hosmer-Lemeshow test=0,61

Analysen er gennemført som en trinvis baglæns regression. De variabler, der er testet ud af modellen, er følgende: 1) Har aldrig haft arbejde, 2) lider af kronisk sygdom (ingen tidsbegrænsning på sygedagpengeperiodens varighed), 3) varighed fra første sygedag indtil første møde med en sagsbehandler i kommunen, 4) samlet varighed af aktiviteter, 5) procentandel tid brugt i aktiviteter i forhold til sygedagpengeperiodens varighed, antal kontakter til 6) arbejdsgiveren og 7) andre i sygedagpengeperioden, 8) deltaget i mindst én aktivitet og 9) diskuteret revalidering med sagsbehandleren.

er indhentet. Omvendt vurderes kommunen mere positivt, hvis klienten har modtaget mindst ét tilbud, vedkommende vurderede som "det helt rigtige" tilbud. Når der er kontrolleret for alle disse forhold, vurderes de aktive kommuner generelt mere negativt end de passive kommuner.

4.3. Fremtidsperspektiver

Omkring en fjerdedel (uanset kommunetype) af de sygemeldte regner med at blive helt raske eller stort set helt raske, mens tre fjerdedele af de sygemeldte ikke regner med at blive raske igen.

Kun på ét punkt er der signifikant forskel mellem klienterne i de to kommunetyper med hensyn til, hvilken fremtidig forsørgelse de forventer efter sygedagpengeperiodens afslutning, jf. tabel 4.14. 43 pct. af de sygemeldte i de passive kommuner forventer at finde nyt arbejde, mens det kun gælder for 33 pct. af de sygemeldte i de aktive kommuner. Omkring 40 pct. forventer at få et arbejde, hvor der ikke kræves en fuld arbejdsindsats, og omkring 40 pct. forventer at få en førtidspension. Omkring en fjerdedel af klienterne forventer at få revalidering, og hver sjette forventer at vende tilbage til det arbejde, de havde ved sygedagpengeperiodens start. Klienterne blev også spurgt om, hvilken forsørgelse de ville foretrække. Omkring 60 pct. ville foretrække at komme i arbejde igen – enten på deres gamle arbejdsplads eller på en ny. Dertil skal lægges de 5-10 pct., der ønsker at gennemføre en revalidering, der jo også sigter mod at komme i arbejde igen. Omkring en fjerdedel af klienterne vil foretrække at få en førtidspension.

De sygemeldte er blevet bedt om at vurdere, hvilke krav de mener at måtte stille til en arbejdsplads, de ville kunne arbejde på efter at sygedagpengeperioden er slut. Omkring en tredjedel regner med at kunne påtage sig et arbejde på normale vilkår, jf. tabel 4.15. Knap en femtedel må kræve en særlige indretning af arbejdspladsen og 5 pct. særlige adgangsforhold til arbejdspladsen (fx elevator eller ingen trapper, brede døre o. lign.). Omkring 30 pct. må kræve en fleksibel arbejdstid, 40 pct. vil kun kunne påtage sig et arbejde på nedsat tid, mens omkring 10-15 pct. må stille andre krav til en fremtidig arbejdsplads. En tredjedel regner slet ikke med at kunne påtage sig et arbejde.

Nogenlunde samme andele genfindes, når de sygemeldte spørges, om de fysisk ville være i stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår, hvis det var der (idet det i spørgsmålet er præciseret,

Tabel 4.14.

Sygedagpengemodtagere fordelt efter forventet fremtidig forsørgelse og efter ønsket fremtidig forsørgelse. Særskilt efter kommunetype.

| | Forventet fremtidig forsørgelse | | | Ønsket fremtidig forsørgelse | |
|---|---------------------------------|------------------|-------|------------------------------|------------------|
| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P | Aktive kommuner | Passive kommuner |
| | – procentandele – | | | – procent – | |
| At vende tilbage til hidtidig arbejdsplads til hidtidigt job | 13 | 15 | - | 15 | 15 |
| At vende tilbage til hidtidig arbejdsplads til hidtidigt job, men med hjælp til særlig indretning af arbejdspladsen | 4 | 5 | - | 3 | 4 |
| At vende tilbage til hidtidig arbejdsplads, men til nyt job | 6 | 8 | - | 1 | 2 |
| At finde nyt job | 33 | 43 | 0,041 | 22 | 22 |
| Et arbejde, hvor der ikke kræves en fuld arbejdsindsats | 39 | 43 | - | 17 | 20 |
| At modtage arbejdsløshedsunderstøttelse | 4 | 6 | - | 0 | 1 |
| At overgå til kontanthjælp | 2 | 2 | - | 0 | 0 |
| Revalidering | 21 | 27 | - | 6 | 10 |
| Førtidspension | 40 | 38 | - | 27 | 22 |
| Andet | 4 | 4 | - | 6 | 3 |
| I alt | | | | 97 | 99 |
| Antal | 179-202 | 142-188 | | 202 | 187 |

at der her ikke blot tænkes på arbejde inden for den sygemeldtes normale arbejdsområde, men også på lettere arbejde som fx at holde opsyn på museer, passe telefon, eller at være receptionist).

40 pct. af klienterne i de passive kommuner ville være i stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår, mens det kun gælder for 30 pct. af klienterne i de aktive kommuner, jf. tabel 4.16. Omvendt ville 32 pct. af klienterne i de aktive kommuner fysisk være i stand til at påtage sig et arbejde, hvis der ikke krævedes en fuld arbejdsindsats, mens det kun gælder for 20 pct. af klienterne i de passive kommuner. Der er en nogenlunde lige stor andel i de to kommuner, der slet ikke ville kunne påtage sig et arbejde – nemlig omkring 40 pct. I begge kommunetyper er der ligeledes omkring 60 pct., der svarer, at de ville være interesserede i at påtage sig et sådant arbejde, hvis det var der.

Omkring en tredjedel af de sygemeldte (uanset kommunetype) har søgt eller regner med at søge førtidspension. Årsagen til behovet for en førtidspension er en pludselig skade (36 pct.), en somatisk sygdom (54 pct.), en psykisk sygdom (8 pct.), eller at det har

Tabel 4.15.

Sygemeldte fordelt efter, hvilke krav de nødvendigvis måtte stille til den arbejdsplads, de ville kunne arbejde på efter sygedagpengeperiodens afslutning. Særskilt efter kommunetype. Procentandele.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|---|-----------------|------------------|
| Regner med at kunne påtage sig et arbejde på normale vilkår | 36 | 33 |
| En særlig indretning af arbejdspladsen | 19 | 17 |
| Særlige adgangsforhold til arbejdspladsen | 5 | 5 |
| Fleksibel arbejdstid | 31 | 30 |
| Nedsat arbejdstid | 37 | 41 |
| Andre krav | 12 | 15 |
| Regner slet ikke med at kunne påtage sig et arbejde | 30 | 33 |

Anm.: Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

Tabel 4.16.

Sygedagpengemodtagere fordelt efter, om de fysisk ville være i stand til at påtage sig et arbejde på henholdsvis normale vilkår, og hvis der ikke krævedes en fuld indsats. Særskilt efter kommunetype. Procent.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|--|-----------------|------------------|
| Ville fysisk være i stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår, hvis det var der | 30 | 40 |
| Ville fysisk være i stand til at påtage sig et arbejde, hvis der ikke krævedes en fuld arbejdsindsats (men ikke på normale vilkår) | 32 | 20 |
| Ville ikke fysisk være i stand til at påtage sig et arbejde | 38 | 40 |
| I alt | 100 | 100 |
| Antal | 182 | 166 |

Anm.: D.f.=2, $\chi^2=7,177$, $p=0,028$

været umuligt at få et passende arbejde (12 pct.). Endelig er der 43 pct i de passive kommuner og 23 pct. i de aktive kommuner, der peger på nedslidning som årsag til, at de har søgt eller regner med at søge en førtidspension. Denne sidste forskel er den eneste signifikante ($p<0,023$) mellem kommunetyperne.

Der er tre væsentlige kilder til ideen om at søge førtidspension. Omkring en fjerdedel til en tredjedel har selv fået ideen om at søge førtidspension (35 pct. i de passive kommuner og 25 pct. i de aktive kommuner. 43 pct. har fået ideen af en læge (deres egen læge eller en anden læge), og omkring 14 pct. har fået ideen om at søge pension af en kommunal sagsbehandler (11 pct. i de passive kommuner og 17 pct. i de aktive kommuner).

4.4. Sammenfatning

For over halvdelen af sygedagpengemodtagerne er årsagen til sygemeldingen, at vedkommende langsomt er blevet mere og mere syg

og har sygemeldt sig, da vedkommende ikke mere kunne klare arbejdet. I løbet af sygeperioden har der i gennemsnit været omkring 9 kontakter til sundhedsvæsenet. Kun de færreste har oplevet ventetid hos de praktiserende læger, mens omkring to tredjedele har oplevet ventetid hos praktiserende speciallæger og hos sygehus. Mellem 1/3 og 1/4 vurderer disse ventetider som utilfredsstillende. De fleste er til gengæld tilfredse med den behandling, de har fået i sundhedssektoren.

Godt halvdelen af sygedagpengemodtagerne har talt med deres arbejdsgiver om muligheden for at vende tilbage til arbejdspladsen, mens kun omkring en femtedel har talt med arbejdsgiveren om muligheden for at få et andet job på virksomheden eller muligheden for at ændre på indretningen af arbejdspladsen. Kun omkring 5 - 10 pct. har fået et tilbud om særlige hensyn i form af et andet job på virksomheden, nedsat eller fleksibel arbejdstid, særlig indretning af arbejdspladsen el.lign.

I gennemsnit er der gået over 6 måneder fra første sygedag til sygedagpengemodtageren havde første møde med en sagsbehandler i kommunen – det er tre måneder mere, end dagældende lovgivning tillod at gå, inden første opfølgning skulle finde sted. Ca. 60 pct. af de sygedagpengemodtagere, der deltager i denne undersøgelse, har fået deres sygedagpengeperiode forlænget ud over 52 uger. I de passive kommuner er der markant flere (38 pct.), der vurderer, at sagen pludselig tog fart, da man nærmede sig de 52 uger – hvilket med nogen forsigtighed kan fortolkes sådan, at der i de passive kommuner er flere sager end i de aktive kommuner, hvor man ikke i god tid har styr på sagen og derfor får travlt op til udløbet af de 52 uger.

Omkring 20 - 30 pct. af sygedagpengemodtagerne vurderer kommunens indsats helt negativt, når der spørges til en række træk ved sagsbehandlingen. De personer, der især vurderer kommunens indsats negativt, er mænd, danskere, personer, der føler sig triste til mode det meste af tiden, og personer med smerter der vanskeliggør de daglige aktiviteter. Endelig vurderes indsatsen mere ne-

gativt, jo længere tid sygedagpengeperioden har varet og jo flere lægeerklæringer, der er indhentet. Omvendt vurderes kommunens tilbud især positivt blandt personer med en kort skolegang og blandt personer, der har modtaget mindst ét tilbud, de vurderede som det helt rigtige tilbud.

Omkring en tredjedel af sygedagpengemodtagerne regner med at kunne påtage sig et arbejde på normale vilkår, en tredjedel regner ikke med igen at kunne påtage sig et arbejde, og en tredjedel regner med at måtte stille særlige krav til den arbejdsplads, de ville kunne arbejde på efter endt sygdom.

Kontanthjælpsmodtagere

I undersøgelsen indgår 307 personer, der har modtaget kontanthjælp i mindst 8 måneder. Omkring hver sjette af disse (50 personer) har tidligere modtaget sygedagpenge, umiddelbart inden de overgik til kontanthjælpsydelsen.

I de aktive kommuner er der en svag overrepræsentation af personer, der tidligere modtog sygedagpenge.

Med hensyn til erhvervsmæssig stilling er der ingen nævneværdige forskelle mellem de aktive og passive kommuner for personer, der har oppebåret kontanthjælp i mere end 8 måneder. Det er relativt sjældent, at man finder faglærte arbejdere blandt kontanthjælpsmodtagerne. Derimod er der flere tidligere studerende/skoleelever, ikke-faglærte og underordnede funktionærer/tjenestemænd.

Baggrunden, for at personen på interviewtidspunktet har modtaget kontanthjælp gennem en længere periode (på mindst 8 måneder), er på flere punkter forskellig for de to kommunetyper (tabel 5.1). Således er der relativt flere blandt personer, der bor i de aktive kommuner, der har modtaget sygedagpenge i 52 uger. Omkring hver sjette (15 pct.) af de langvarige kontanthjælpsmodtagere i de aktive kommuner har modtaget sygedagpenge igennem længere tid, har søgt og venter på førtidspension eller står i en uafklaret situation efter sygedagpengeperiodens udløb. Dette er kun tilfældet for 7 pct. blandt de passive kommuners længerevarende kontanthjælpsmodtagere ($P < 0,02$).

Der er nogenlunde lige mange blandt de passive og de aktive kommuner, hvor årsagen til længerevarende kontanthjælp er at finde i arbejdsløshed. Der er dog signifikant flere blandt de passive kommuners længerevarende kontanthjælpsmodtagere, der aldrig har haft et arbejde. Dette er tilfældet for hver tredje (37 pct.)

Tabel 5.1.

Væsentligste årsag til kontanthjælp. Personer, der har fået kontanthjælp af mindst 8 måneders varighed. Procentandele.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|---|-----------------|------------------|--------|
| Har modtaget sygedagpenge i 52 uger, men var stadig ikke rask | 13 | 6 | 0,046 |
| Har søgt førtidspension, men ikke fået det, da sygedagpengeperioden udløb | 6 | 1 | - |
| Situationen var uafklaret, da sygedagpengeperioden udløb | 15 | 5 | 0,02 |
| Er blevet fyret fra arbejdet | 22 | 24 | - |
| Har selv sagt op | 13 | 13 | - |
| Har aldrig haft arbejde | 18 | 37 | 0,0002 |
| Anden årsag | 57 | 58 | - |
| Procentbasis | 158-159 | 142-144 | |

Anm.: Der er anvendt Fischers eksakt test ved vurdering af signifikansforskelle mellem kommuner.

i de passive kommuner, hvorimod dette er halvt så hyppigt forekommende i de aktive kommuner (18 pct.).

5.1. Den kommunale sagsbehandling i kontanthjælpsperioden

Der synes ikke at være nævneværdige forskelle mellem de aktive og de passive kommuners mødeaktivitet med de længerevarende bistandshjælpsmodtagere. I gennemsnit har de haft 2,5-2,9 møder med en sagsbehandler (tabel 5.2). Dog kan man i de aktive kommuner finde en større udskiftning blandt sagsbehandlerne. Kontanthjælpsmodtagerne har i gennemsnit haft 4,6 forskellige sagsbehandlere i løbet af perioden, hvorimod det tilsvarende tal for de passive kommuner er 3,8 sagsbehandlere.

Tabel 5.2.

Andel, der havde møde med en eller flere sagsbehandlere i løbet af kontanthjælpsperioden, gennemsnitligt antal møder med sagsbehandlere og gennemsnitligt antal sagsbehandlere i perioden. Særskilt efter kommunetype.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|--|-----------------|------------------|
| Havde møde med en eller flere sagsbehandlere i den kommunale socialforvaltning (procentandele) | 94 | 89 |
| Gennemsnitligt antal møder med sagsbehandlere i løbet af perioden | 2,5 | 2,9 |
| Gennemsnitligt antal sagsbehandlere i løbet af perioden | 4,6 | 3,8 |
| Procentbasis | 107-157 | 94-143 |

Anm.: Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

For at undgå den situation, at kontanthjælpsmodtagere bliver fikseret i ønsket om førtidspension, kan det være vigtigt, at sagsbehandleren bringer en række alternative muligheder på bane. Det kan for eksempel være mulighed for revalidering, mulighed for arbejdsoptræning, arbejdsprøvning, et skånejob (dvs. et arbejde med løntilskud, hvor der ikke kræves fuld arbejdsindsats) eller mulighed for at få en uddannelse og et nyt job. Interviewet med kontanthjælpsmodtagerne viser, at der på dette område ikke er nogle signifikante forskelle mellem de aktive og de passive kommuners sagsbehandling (tabel 5.3).

Det eneste punkt, hvor de to kommunetyper adskiller sig signifikant, er med hensyn til, hvorvidt klienten og sagsbehandleren har diskuteret muligheden for at få førtidspension. Næsten en tredjedel (31 pct.) blandt kontanthjælpsmodtagerne i de aktive kommuner har diskuteret denne mulighed med deres sagsbehandler, mens dette kun er tilfældet for hver femte (19 pct) i de passive kommuner.

Tabel 5.3.

Andel, der har diskuteret en række muligheder med sagsbehandleren i løbet af kontant-hjælpsperioden. Særskilt efter kommunetype. Procentandele.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|--|--------------------|---------------------|------|
| Muligheden for at få et nyt job | 68 | 65 | - |
| Muligheden for at få revalidering | 45 | 46 | - |
| Muligheden for at få arbejdsprøvning | 49 | 42 | - |
| Muligheden for at få arbejdsoptræning | 26 | 33 | - |
| Muligheden for at få et arbejde, hvor der ikke kræves fuld arbejdsindsats (løntilskud) | 34 | 33 | - |
| Muligheden for uddannelse | 60 | 65 | - |
| Muligheden for at få førtidspension | 31 | 19 | 0,04 |
| Andre muligheder | 10 | 16 | - |
| Procentbasis | 144-147 | 127 | |

Anm.: Forskellene er testede med Fischers eksakt test. Kun signifikante forskelle med $P < 0,05$ er angivet.

I diskussionen, af hvilke foranstaltninger der er formålstjenlige, indgår ofte udarbejdelse af en handlingsplan. En handlingsplan indeholder typisk et beskæftigelsesmål, fx et job inden for et bestemt erhverv. Kun omkring en tredjedel af de længerevarende kontanthjælpsmodtagere oplyser, at de har fået udarbejdet en individuel handlingsplan sammen med sagsbehandler, beskæftigelseskonsulent eller andre ansatte i kommunen. Heri er der ingen forskel mellem de aktive og de passive kommuner.

Ser man nærmere på, hvad målet var med handlingsplanen i de tilfælde, hvor der blev udarbejdet en sådan, så var det mest almindelige, at målet var en uddannelse, eller en bestemt type arbejde. Men heller ikke på dette punkt adskilte de passive kommuner sig fra de såkaldt aktive kommuner (tabel 5.4).

Tabel 5.4.

Andel, der har fået udarbejdet en handlingsplan samt målet for en sådan handlingsplan.
Særskilt opgjort for kommunetype.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|--|--------------------|---------------------|----|
| Har fået udarbejdet en individuel handlingsplan sammen med sagsbehandler, beskæftigelseskonsulent eller andre ansatte i kommunen (procentandele) | 33 | 31 | - |
| Procentbasis | 148 | 127 | |
| Hvad var målet? | - procent- | | |
| En bestemt type arbejde | 27 | 31 | |
| En uddannelse | 53 | 51 | |
| Anden målsætning | 8 | 10 | |
| Ikke noget mål | 4 | 5 | |
| Ved ikke | 8 | 3 | |
| I alt | 100 | 100 | |
| Procentbasis | 39 | 88 | |

Anm.: En handlingsplan indeholder typisk et beskæftigelsesmål, fx et job inden for et bestemt erhverv. Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

Handlingsplanens succes kan afhænge af, om klienten accepterer handlingsplanen som resultatet af sine egne idéer eller et forslag fra sagsbehandleren. For over halvdelen af dem, der har fået udarbejdet en handlingsplan, er det ifølge interviewpersonerne mest et resultat af egne ideer. For de passive kommuners vedkommende er det over to tredjedele af klienterne, der har denne oplevelse. I de passive kommuner anser de pågældende personer det også hyppigere som en fordel at få lavet en handlingsplan, mens det for de aktive kommuner gælder, at der er relativt flere personer, der slet ikke anser handlingsplanen som en fordel. Forskellen er signifikant

Tabel 5.5.

Interviewpersoners oplevelse af handlingsplanens tilblivelse. Kun personer, der oplyser at have fået udarbejdet en handlingsplan. Procent.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|---|-----------------|------------------|
| <i>Handlingsplanen mest resultat af egne ideer eller forslag fra sagsbehandler?</i> | | |
| Mest egne ideer | 59 | 69 |
| Forslag fra sagsbehandler | 16 | 13 |
| Både og | 24 | 13 |
| Ved ikke | 0 | 5 |
| I alt | 99 | 100 |
| Procentbasis | 49 | 39 |
| <i>Ikke signifikante forskelle</i> | | |
| <i>En fordel at få lavet en handlingsplan?</i> | | |
| Ja, i høj grad | 33 | 38 |
| Ja, i nogen grad/mindre grad | 29 | 46 |
| Slet ikke | 39 | 15 |
| I alt | 101 | 99 |
| Procentbasis | 49 | 39 |

Anm.: (D.F.=2, chi-i-anden=6,24, P=0,044. Forskellen er signifikant med Fishers eksakt test P<0,04).

på det forholdsvis lille antal, der har fået udarbejdet en handlingsplan (tabel 5.5).

Kontanthjælpsmodtagerne var blevet bedt om at oplyse, hvilke af 12 konkrete foranstaltninger de har deltaget i. De nævnte eksempler bestod af arbejde med tilskud, beskæftigelsesprojekter, højskole, kurser og andre uddannelsesaktiviteter. Det viste sig, at der er

Tabel 5.6.

Andel der har deltaget i en række aktiviteter i løbet af kontanthjælpsperioden. Særskilt efter kommunetype. Procentandele.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|---|-----------------|------------------|-------|
| Arbejde med tilskud på privat virksomhed | 10 | 8 | - |
| Arbejde med tilskud på offentlig virksomhed | 13 | 17 | - |
| Kommunalt beskæftigelsesprojekt | 38 | 28 | 0,052 |
| Daghøjskole | 13 | 26 | 0,005 |
| Produktionsskole | 6 | 10 | - |
| Højskole | 3 | 5 | - |
| Amu-kursus | 15 | 19 | - |
| Arbejdsprøvning | 13 | 6 | - |
| Andre foranstaltninger | 3 | 6 | - |
| Andre kurser/uddannelser | 26 | 35 | - |
| Informationsmøder | 3 | 6 | - |
| Frivillige, ulønnede aktiviteter | 3 | 8 | - |
| Andre tilbud | 6 | 10 | - |

nogle markante forskelle mellem de to kommunetyper (tabel 5.6). De aktive kommuner benyttede relativt hyppigere kommunale beskæftigelsesprojekter, mens de passive kommuner relativt oftere anvendte daghøjskole til de længerevarende kontanthjælpsmodtagere. I det hele taget anvendte de passive kommuner oftere en eller anden form for uddannelsestilbud (fx daghøjskole, produktionshøjskole, andre højskoler, kurser eller anden form for undervisning). Personer på længerevarende kontanthjælp i de passive

kommuner havde for omkring 60 pct.'s vedkommende deltaget i en sådan uddannelsesaktivitet, mens dette kun var tilfældet for omkring en tredjedel (36 pct.) af de andre ($P < 0,0001$).

Kontanthjælpsmodtagerne i de to kommunetyper havde også vidt forskellige vurderinger af de tilbud, som de havde deltaget i (tabel 5.7). Interviewpersonerne kunne for hver enkelt aktivitet, som de havde deltaget i, angive, om de syntes, at det var *“den helt rigtige aktivitet”* eller en *“aktivitet der ikke har hjulpet den pågældende”*.

For de 148 personer i de aktive kommuner var der i alt 277 aktiviteter, som disse personer havde deltaget i (tabel 5.7). Det svarer til 1,9 i gennemsnit. For de 127 personer fra de passive kommuner var der i kontanthjælpsperioden udløst et tilsvarende antal aktiviteter: 275 svarende til 2,2 i gennemsnit.

Opgjort på oplyste person-aktiviteter blev 44 pct. af aktiviteterne vurderet som helt rigtige i de passive kommuner, mens dette kun var tilfældet for 31 pct. i de aktive kommuner. I omkring en tred-

Tabel 5.7.

Vurdering af aktiviteter, som kontanthjælpsmodtagerne har deltaget i, siden de begyndte at modtage kontanthjælp. Procent.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|-----------------------------|-----------------|------------------|
| 1 Det helt rigtige tilbud | 31 | 44 |
| 2 | 13 | 17 |
| 3 | 14 | 14 |
| 4 | 8 | 7 |
| 5 Har ikke hjulpet | 35 | 18 |
| I alt | 101 | 100 |
| Antal vurderede aktiviteter | 277 | 275 |

Anm.: ($D.F.=4$, $chi-i-anden=23,1$ $P=0,001$. Forskellen er signifikant med Fishers eksakt test $P < 0,04$).

jedel (35 pct.) af tilfældene i de aktive kommuner var uddannelsesaktiviteten blevet vurderet som uden værdi, mens dette kun var tilfældet halvt så hyppigt (18 pct.) i de passive kommuner.

5.2. Vurdering af kommunens indsats

Kontanthjælpsmodtagerne er blevet bedt om at give en samlet vurdering af kommunens tilbud til dem i kontanthjælpsperioden ved at tage stilling til en række udsagn. Kontanthjælpsmodtagerne i de aktive kommuner vurderer generelt kommunens tilbud markant mere negativt, end kontanthjælpsmodtagerne i de passive kommuner. Der er således dobbelt så mange i de aktive kommuner, der erklærer sig helt enige i, at kommunen kom alt for tidligt med tilbud, jeg slet ikke var klar til at tage stilling til (14 pct. mod 7 pct. i de passive kommuner. Der var 50 pct. flere i de passive

Tabel 5.8.

Kontanthjælpsmodtagere. Stillingtagen til syv udsagn om kommunens tilbud. Stillingtagen på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder "helt enig", og 5 betyder "helt uenig". Særskilt efter kommunetype. Procent.

| | Aktive kommuner | | | Passive kommuner | | | P< |
|--|-----------------|-----|----|------------------|-----|----|-------|
| | 1 | 2-4 | 5 | 1 | 2-4 | 5 | |
| Kommunen kom alt for tidligt med tilbud, jeg slet ikke var klar til at tage stilling til | 14 | 34 | 53 | 7 | 26 | 67 | 0,044 |
| Kommunen var god til at lytte til mine ønsker og behov | 20 | 40 | 39 | 32 | 41 | 28 | 0,043 |
| Meget af tiden er gået med ventetid | 36 | 39 | 25 | 28 | 37 | 36 | - |
| Kommunen har virkelig hjulpet mig til at komme videre | 12 | 36 | 52 | 20 | 46 | 34 | 0,005 |
| Kommunen har mere kontrolleret mig end hjulpet mig | 36 | 39 | 25 | 23 | 38 | 39 | 0,019 |

kommuner, der erklærer sig helt enige i, at kommunen var god til at lytte til mine ønsker (32 pct. mod 20 pct), 36 pct. i de aktive kommuner mener, meget af tiden er gået med ventetid, mod 28 pct. i de passive kommuner, og 20 pct. af klienterne i de passive kommuner erklærer sig helt enige i, at kommunen virkelig har hjulpet dem til at komme videre, mens det kun er tilfældet for 12 pct. i de aktive kommuner. Endelig er der 36 pct. af klienterne i de aktive mod 23 pct. i de passive kommuner, der mener, at kommunen mere har kontrolleret dem end hjulpet dem (tabel 5.8).

Tabel 5.9.

Analyse af baggrundsforhold, der har sammenhæng med en negativ vurdering af kommunens tilbud blandt kontanthjælpsmodtagere.

| Variabel | Parameterestimat | P< |
|---|------------------|--------|
| Intercept | 0.00731 | 0.9854 |
| Kort skolegang (7-8 år) | -0.6731 | 0.0836 |
| Har aldrig haft erhvervsarbejde | -0.6101 | 0.0505 |
| Mænd | 0.8712 | 0.0055 |
| Dansk født og dansk modersmål | 1.2257 | 0.0001 |
| Føler sig det meste af tiden trist til mode | 1.1816 | 0.0017 |
| Aktiv kommune | 0.8446 | 0.0019 |
| Har modtaget mindst ét aktivitetstilbud, der vurderes som "det helt rigtige tilbud" | -0.5440 | 0.0497 |

McFaddens $R^2=0,15$

P for Hosmer-Lemeshow test=0,35.

Analysen er gennemført som en trinvis baglæns regression. De variabler, der på denne måde er testet ud af modellen, er: 1) deltaget i mindst ét tilbud, 2) har smerter, der vanskeliggør daglige aktiviteter, 3) varigheden af kontanthjælpssagen, 4) procentandel af tiden brugt i en eller anden form for aktivitet og 5) har diskuteret revalidering med sagsbehandleren.

Som samlet mål for klienternes vurdering af kommunens indsats er dannet ét mål ud fra de vurderinger, der er afrapporteret i tabel 5.8. (se kapitel 4 for en nærmere beskrivelse af målets konstruktion).

I tabel 5.9 er dette måls sammenhæng med personens baggrundskarakteristika og med kommunens indsats analyseret. Ligesom i forrige kapitel ser vi også blandt kontanthjælpsmodtagerne, at de personer, der især vurderer kommunens tilbud negativt, er mænd, danskere (dansk født og dansk som modersmål) og personer, der det meste af tiden føler sig triste til mode. Personer med en kort skolegang og personer, der aldrig har haft erhvervsarbejde, vurderer derimod alt andet lige kommunens tilbud mere positivt. I lighed med vurderingen blandt sygedagpengemodtagerne, vurderer kontanthjælpsmodtagerne i de aktive kommuner i højere grad kommunens tilbud negativt. Og helt svarende til, hvad der var tilfældet for sygedagpengemodtagerne giver det alt andet lige en positiv vurdering af kommunen, at interviewpersonen har modtaget mindst ét tilbud, vedkommende vurderede som det "helt rigtige" tilbud.

5.3. Fremtidsperspektiver

Godt halvdelen af kontanthjælpsmodtagerne forventer at finde et arbejde på normale vilkår. En fjerdedel af klienterne forventer at finde et arbejde på særlige vilkår, mellem 11 og 16 pct. forventer at gennemføre en revalidering og 20-29 pct. forventer at få en førtidspension (tabel 5.10). Ser vi i stedet på, hvilken fremtidig forsørgelsesform, interviewpersonerne helst ville have, er det kun omkring hver tiende, der ønsker en permanent offentlig forsørgelse (førtidspension). De resterende ønsker enten at komme direkte i arbejde på normale vilkår eller på særlige vilkår eller at overgå til arbejdsløshedsunderstøttelse eller gennemføre en revalidering.

Hver femte kontanthjælpsmodtager har søgt eller regner med at søge førtidspension (14 pct. i de passive kommuner og 27 pct. i de aktive kommuner). 10 pct. angiver som årsag til at søge pension, at de har fået en pludselig skade. I de passive kommuner

Tabel 5.10.

Kontanthjælpsmodtagere fordelt efter forventet fremtidig forsørgelse og efter ønsket om fremtidig forsørgelse. Særskilt efter kommunetype.

| | Forventet fremtidig forsørgelse | | Ønsket fremtidig forsørgelse | |
|---|---------------------------------|------------------|------------------------------|------------------|
| | Aktive kommuner | Passive kommuner | Aktive kommuner | Passive kommuner |
| | - procentandele - | | - procent - | |
| At finde et job på normale vilkår | 54 | 58 | 54 | 57 |
| Et arbejde på særlige vilkår | 27 | 25 | 11 | 13 |
| At modtage arbejdsløshedsunderstøttelse | 3 | 3 | 1 | 4 |
| Revalidering | 11 | 16 | 21 | 14 |
| Førtidspension | 29 | 20 | 9 | 8 |
| Andet | 19 | 23 | 4 | 1 |
| I alt | | | 100 | 97 |
| Antal | 155-158 | 142-143 | 158 | 143 |

Anm.: Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

angiver 30 pct., at årsagen er en somatisk sygdom, mens det gælder for 58 pct. i de aktive kommuner. Omvendt angiver 55 pct. i de passive kommuner en psykisk sygdom som årsag, mens det kun er tilfældet for 20 pct. i de aktive kommuner. I de passive kommuner er der 40 pct., der angiver nedslidning som årsag til, at de søger pension, mens det kun gælder for 23 pct. i de aktive kommuner. Endelig er der 30 pct. i de passive kommuner, der som årsag til at søge pension angiver, at det er umuligt at få et passende arbejde (mod 20 pct. i de aktive kommuner). Der er dog tale om så små tal (i alt 60 personer), at kun forskellene i andele, der angiver somatiske og psykiske sygdomme, er signifikante ($p < 0,044$ for somatiske sygdomme og $p < 0,006$ for psykiske sygdomme).

Kontanthjælpsmodtagerne er blevet spurgt, om de *fysisk* ville være i stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår, hvis det var der. Det er i spørgsmålet præciseret, at der ikke bare tænkes på arbejde inden for interviewpersonens normale arbejdsområde, men også på lettere arbejde, som fx at holde opsyn på museer, passe telefon eller være receptionist. Tilsvarende har de fået stillet et spørgsmål, om de ville være i stand til at påtage sig et sådant arbejde, hvis der ikke krævedes en fuld arbejdsindsats. Resultaterne er vist i tabel 5.11. 78 pct. af klienterne i de passive kommuner ville fysisk være i stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår – hvis det var der. Det gælder kun for 60 pct. af klienterne i de aktive kommuner. Her er der til gengæld 24 pct., der fysisk ville være i stand til at påtage sig et arbejde, hvis der ikke krævedes en fuld arbejdsindsats (mod 13 pct. i de passive kommuner). Endelig er der 9 pct. i de passive kommuner og 16 pct. i de aktive kommuner, der ikke fysisk overhovedet ville være i stand til at påtage sig et arbejde.

Tabel 5.11.

Kontanthjælpsmodtagere fordelt efter, om de fysisk ville være i stand til at påtage sig et arbejde på henholdsvis normale vilkår, og hvis der ikke krævedes en fuld indsats. Særskilt efter kommunetype. Procent.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|--|-----------------|------------------|
| Ville fysisk være i stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår, hvis det var der | 60 | 78 |
| Ville fysisk være i stand til at påtage sig et arbejde, hvis der ikke krævedes en fuld arbejdsindsats (men ikke på normale vilkår) | 24 | 13 |
| Ville ikke fysisk være i stand til at påtage sig et arbejde | 16 | 9 |
| I alt | 100 | 100 |
| Antal | 139 | 127 |

Anm.: D.f.=2, $\chi^2=10,219$, $p=0,006$

Godt halvdelen (61 pct. i de passive kommuner og 53 pct. i de aktive kommuner) ville være interesseret i at påtage sig et sådant arbejde.

5.4. Sammenfatning

En tredjedel af kontanthjælpsmodtagerne har fået udarbejdet en handlingsplan. I halvdelen af tilfældene var målet en uddannelse, mens målet i godt en fjerdedel af tilfældene var en bestemt type arbejde. Mellem 60 og 70 pct. vurderer, at handlingsplanen mest er et resultat af klientens egne ideer. En tredjedel mener i høj grad, det er en fordel at få udarbejdet en handlingsplan.

Kontanthjælpsmodtagerne har deltaget i en lang række forskellige aktiviteter. Kun på to punkter er der markant forskel på de aktive og passive kommuner: i de aktive kommuner er der betydeligt flere kontanthjælpsmodtagere, der har deltaget i et kommunalt beskæftigelsesprojekt end i de passive kommuner, mens disse omvendt i langt højere grad benytter daghøjskoler som et tilbud til kontanthjælpsmodtagere.

Mellem en fjerdedel og halvdelen af kontanthjælpsmodtagerne vurderer kommunens tilbud helt negativt, når de bliver bedt om deres vurdering af 5 aspekter af den kommunale sagsbehandling. De kontanthjælpsmodtagere, der især vurderer kommunens indsats negativt, er mænd, danskere, personer, der føler sig triste til mode det meste af tiden og personer i de aktive kommuner. Omvendt vurderes kommunens indsats især positivt af personer med en kort skolegang, personer, der aldrig har haft erhvervsarbejde, og personer der har modtaget mindst ét tilbud, de vurderer som det helt rigtige tilbud.

Halvdelen af de kontanthjælpsmodtagere, der har medvirket i denne undersøgelse, både ønsker og forventer at finde et arbejde på normale vilkår. Omkring hver tiende ønsker en førtidspension som det fremtidige forsørgelsesgrundlag – og 20-30 pct. forventer, at førtidspension vil være det fremtidige forsørgelsesgrundlag. 80 pct. af klienterne i de passive kommuner og 60 pct. af klienterne i de aktive kommuner mener, de fysisk ville være i stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår.

Kapitel 6

Førtidspensionister

I undersøgelsen indgår 394 personer, der inden for det seneste ½ - 1½ år har fået tilkendt en førtidspension. Omkring halvdelen af disse kommer fra sygedagpenge (47 pct. i de passive kommuner og 56 pct. i de aktive kommuner, jf. tabel 6.1. Omkring en femtedel kommer fra kontanthjælp, og yderligere en femtedel modtog ikke nogen social ydelse i perioden umiddelbart før tilkendelse af førtidspension. De resterende ca. 10 procent fordeler sig med nogle, der både modtog sygedagpenge (eller løn under sygdom) og kontanthjælp i perioden før tilkendelse af førtidspension, og nogle der modtog en anden social ydelse før tilkendelse af førtidspension.

Tabel 6.1.

Interviewpersonerne fordelt efter, hvilken social ydelse de modtog i perioden før tilkendelse af førtidspension.

| Ydelse: | Aktive kommuner | | Passive kommuner | |
|--|-----------------|-------|------------------|-------|
| | Procent | Antal | Procent | Antal |
| Både sygedagpenge/løn under sygdom og kontanthjælp | 6 | 12 | 2 | 3 |
| Sygedagpenge/løn under sygdom, men ikke kontanthjælp | 56 | 122 | 47 | 84 |
| Kontanthjælp | 15 | 33 | 20 | 36 |
| Anden social ydelse | 5 | 10 | 9 | 15 |
| Ingen social ydelse | 18 | 40 | 22 | 39 |
| I alt | 100 | 217 | 100 | 177 |

Anm.: D.f.=4, $\chi^2=9,591$, $p=0,048$

Forskellen mellem de to kommunetyper er signifikant på 0,05 niveau. Af fortegnfordelingen på Observeret minus forventet og på de enkelte cellers χ^2 -bidrag (ikke gengivet i tabellen) ses, at forskellen især skyldes forskellige andele, der kommer fra sygedagpenge, idet denne andel er størst i de aktive kommuner. Der er i de aktive kommuner endvidere en større andel, der både har modtaget sygedagpenge og kontanthjælp forud for tilkendelsen af førtidspension (6 pct. mod 2 pct. i de passive kommuner). I de øvrige kategorier er de aktive kommuner underrepræsenterede.

6.1. Sygedagpengeperioden

Godt halvdelen af de personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt en førtidspension, modtog sygedagpenge i perioden før tilkendelsen af førtidspension. I det følgende redegøres for deres kontakter med sundhedsvæsenet, arbejdsgiveren og socialforvaltningen i løbet af denne sygedagpengeperiode. I begge kommunetyper angiver omkring 70 pct. af de førtidspensionister, der kommer fra sygedagpenge (eventuelt via en kontanthjælpsperiode), at sygdommen langsomt er blevet værre og værre, mens mellem en fjerdedel og en femtedel angiver, at årsagen er en pludselig skade eller en pludseligt opstået eller opdaget sygdom jf. tabel 6.2.

Tabel 6.2.

Personer, der har fået tilkendt førtidspension. Andel, der angiver den beskrevne årsag til sygemelding. Procent.

| <i>Årsag til sygemelding:</i> | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|---|-----------------|------------------|
| En pludselig skade | 22 | 23 |
| En pludseligt opstået eller opdaget sygdom | 24 | 21 |
| Er langsomt blevet mere og mere syg. Blev sygemeldt, da IP ikke længere kunne klare sit arbejde | 69 | 72 |
| Procentbasis | 134 | 86-87 |

Anm.: Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

Der har været hyppige *kontakter* til sundhedsvæsenet¹⁾ i løbet af sygedagpengeperioden. I spørgeskemaet er der angivet plads til at nævne 15 specifikke kontakter – men antallet af kontakter varierer fra 0 til 27. I gennemsnit har der i de passive kommuner været 7,5 kontakter og i de aktive kommuner 8,5 kontakter til sundhedsvæsenet i løbet af sygedagpengeperioden, jf. tabel 6.3. Forskellen er ikke signifikant.

Det er meget få personer, der har oplevet *ventetid hos deres praktiserende læge* i løbet af sygedagpengeperioden. 90 pct. har ikke oplevet ventetid, mens de 9 pct., der har oplevet ventetid, har haft en ventetid på 1-2 uger. Omkring en tredjedel af dem, der har haft kontakt med en praktiserende speciallæge i løbet af sygedagpengeperioden, har *ikke* oplevet ventetid hos denne, mens altså to tredjedele har oplevet kortere eller længere ventetid. Ventetiden varierer fra 1 til 36 uger med et gennemsnit på 6,7 uger. Knap så stor en andel – 45 pct. af dem, der har været i kontakt med sygehusene i løbet af sygedagpengeperioden – har oplevet *ventetid på sygehusene*. Til gengæld er den gennemsnitlige ventetid længere her: 16 uger. Der er ingen signifikant forskel i ventetider mellem de to kommunetyper.

Interviewpersonerne blev bedt om at vurdere, i hvilken udstrækning de oplevede ventetider var acceptable. Vurderingen blev foretaget ved at angive et tal mellem 1 og 5, hvor 1 betyder "helt acceptabel" og 5 betyder "helt uacceptabel". Alle ventetider opleves i gennemsnit som acceptable – den gennemsnitlige score er 1,2 for ventetiden hos praktiserende læge, 2,4 for ventetiden hos praktiserende speciallæge og 2,5 for ventetiden på sygehusene.

Interviewpersonerne blev også bedt om at vurdere indholdet af kontakten til sundhedsvæsenet ved at tage stilling til tre udsagn:

1) Kontakter til sundhedsvæsenet inkluderer konsultation eller behandling hos egen læge eller hos praktiserende speciallæge, konsultation, undersøgelse, kontrol, ambulans behandling eller indlæggelse på sygehus, konsultation eller behandling hos fysioterapeut, kiropraktor eller naturbehandlere og massagebehandling.

Tabel 6.3.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt førtidspension, og som modtog sygedagpenge/løn under sygdom i perioden inden tilkendelse af førtidspension. Antal kontakter til sundhedsvæsenet, andel, der har oplevet ventetid, gennemsnitlig ventetid og vurdering af den oplevede ventetid. Særskilt efter kommunetype.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|---|-----------------|------------------|
| Gennemsnitligt antal kontakter til sundhedsvæsenet | 8,5 | 7,5 |
| Andel, der har oplevet ventetid hos (pct.): | | |
| Praktiserende læge | 9 | 9 |
| Praktiserende speciallæge | 59 | 67 |
| Sygehus | 58 | 44 |
| Gennemsnitlig ventetid blandt dem, der har haft ventetid hos (uger): | | |
| Praktiserende læge | 1,9 | 1,4 |
| Praktiserende speciallæge | 7,6 | 5,7 |
| Sygehus | 18,1 | 11,6 |
| Vurdering af ventetiden hos (gennemsnitlig score)¹⁾: | | |
| Praktiserende læge | 1,2 | 1,2 |
| Praktiserende speciallæge | 2,4 | 2,6 |
| Sygehus | 2,5 | 2,3 |

1) Gennemsnitlig score på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder "helt acceptabel" og 5 betyder "helt uacceptabel". Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

1) "Der har været for lidt tid til at snakke om mine problemer",
 2) "Jeg har fået god information og vejledning, når jeg har følt behov for det", og 3) "Jeg har fået relevante tilbud/behandlinger".
 Hvert aspekt blev vurderet på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder

Tabel 6.4.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt førtidspension, og som modtog sygedagpenge/løn under sygdom i perioden inden tilkendelse af førtidspension. Vurdering af tre aspekter af kontakten til praktiserende læge, praktiserende speciallæge og sygehus. Særskilt efter kommunetype. Procent.

| | Aktive kommuner | | | Passive kommuner | | | P< |
|---|-----------------|-----|----|------------------|-----|----|-------|
| | 1 | 2-4 | 5 | 1 | 2-4 | 5 | |
| | | | | | | | |
| <i>Kontakt med egen praktiserende læge</i> | | | | | | | |
| For lidt tid til at snakke om IP's problemer | 18 | 26 | 57 | 30 | 17 | 52 | 0,070 |
| God information og vejledning | 64 | 29 | 7 | 60 | 27 | 13 | - |
| Fået relevante tilbud/behandlinger | 58 | 36 | 6 | 56 | 30 | 13 | - |
| <i>Kontakt med praktiserende speciallæge</i> | | | | | | | |
| For lidt tid til at snakke om IP's problemer | 17 | 29 | 54 | 32 | 39 | 29 | 0,011 |
| God information og vejledning | 58 | 33 | 9 | 39 | 43 | 18 | 0,083 |
| Fået relevante tilbud/behandlinger | 50 | 28 | 22 | 32 | 52 | 16 | 0,018 |
| <i>Kontakt med sygehus</i> | | | | | | | |
| For lidt tid til at snakke om IP's problemer | 14 | 36 | 50 | 34 | 30 | 36 | 0,004 |
| God information og vejledning | 50 | 41 | 9 | 40 | 42 | 18 | - |
| Fået relevante tilbud/behandlinger | 51 | 40 | 9 | 44 | 40 | 16 | - |

“Helt enig” og 5 betyder “Helt uenig”. Især med hensyn til tid til at snakke om interviewpersonens problemer er der markant forskel mellem de to kommunetyper. I de aktive kommuner er der en markant bedre vurdering af sundhedsvæsenet. Blandt klienter i denne kommunetype er der markant færre, der er enige i, at der har været for lidt tid til at snakke om den pågældendes problemer, jf. tabel 6.4. Det gælder både i vurderingen af kontakten til egen

praktiserende læge, til praktiserende speciallæge og til sygehus. Med hensyn til vurderingen af de to andre aspekter af kontakten, skiller især kontakten til speciallæger sig ud. Her er der i de aktive kommuner en markant bedre vurdering af speciallægerne, end tilfældet er i de passive kommuner. I de aktive kommuner er der således 58 pct., der er helt enige i, at de hos den praktiserende speciallæge har fået god information og vejledning, mens det kun gælder for 39 pct. af klienterne i de passive kommuner. Halvdelen af klienterne i de aktive kommuner erklærer sig helt enige i, at de har fået relevante tilbud/behandlinger hos den praktiserende speciallæge, mens det kun er tilfældet for en tredjedel af klienterne i de passive kommuner (32 pct.). Sygehusene vurderes nogenlunde ens af klienterne i de to kommunetyper. Omkring 4 ud af 10 er helt enige i, at de har fået gode råd og vejledning og relevante tilbud/-behandlinger, mens hver femte er helt uenig i disse udsagn.

6.2. Kontakter til arbejdsgiveren i løbet af sygedagpengeperioden

Blandt de førtidspensionister, der kom fra sygedagpenge, havde 77 pct. en arbejdsgiver, da de blev sygemeldt. I dette afsnit redegøres der for kontakterne til denne arbejdsgiver i løbet af sygedagpengeperioden. Godt halvdelen af de sygemeldte har i løbet af sygedagpengeperioden talt med arbejdsgiveren om den sandsynlige varighed af sygdomsperioden, halvdelen har talt med arbejdsgiveren om muligheden for at vende tilbage til arbejdspladsen, knap hver femte har talt med arbejdsgiveren om muligheden for at ændre på indretningen af arbejdspladsen og ligeledes omkring hver femte har talt om muligheden for at skifte til et andet job på virksomheden. I ingen af tilfældene er der signifikant forskel mellem de to kommunetyper, jf. tabel 6.5.

10 pct. af de personer, der blev sygemeldt fra en arbejdsplads (og siden fik tilkendt en førtidspension) fik af arbejdsgiveren tilbudt et andet job på virksomheden, og blandt yderligere 8 pct. (de passive kommuner) henholdsvis 4 pct. (de aktive kommuner) blev dette tilbud accepteret og iværksat, jf. tabel 6.6. Omkring en femtedel fik tilbud om nedsat arbejdstid (det blev iværksat hos halv-

Tabel 6.5.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt en førtidspension, som modtog sygedagpenge i perioden før tilkendelse af førtidspension, og som havde en arbejdsgiver på tidspunktet for sygemelding. Andel, der har talt med arbejdsgiveren om 4 aspekter af sygdommen. Procent.

| <i>Andel, der i løbet af sygedagpengeperioden har talt med arbejdsgiver om:</i> | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|---|-----------------|------------------|
| Den sandsynlige varighed af sygdommen | 53 | 63 |
| Muligheden for at vende tilbage til arbejdspladsen | 52 | 50 |
| Muligheden for at ændre på indretningen af arbejdspladsen | 12 | 21 |
| Muligheden for at skifte til et andet job på virksomheden | 19 | 22 |

Anm.: Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

delen af dem, der fik tilbudet). Hver sjette fik tilbud om en fleksibel arbejdstid – og det blev iværksat hos omkring halvdelen af dem, der fik det tilbudt. Ca. hver tiende fik tilbud om en særlig indretning af arbejdspladsen, godt hver femte fik tilbud om at man ville tage hensyn til sygdommen i det daglige, mens hver tiende fik tilbud om et nyt arbejde, hvor der ikke kræves en fuld arbejdsindsats (arbejde med løntilskud).

De af klienterne, der havde en arbejdsgiver på tidspunktet for sygemelding, blev bedt om at vurdere indsatsen fra denne arbejdsgiver. Der er ikke nogen markant forskel på klienterne i de to kommunetyper med hensyn til vurderingen af arbejdsgiverens indsats. Omkring 40 pct. af klienterne erklærer sig helt enig i, at arbejdsgiveren har interesseret sig meget for, om og hvornår de kunne komme tilbage til deres gamle arbejde, mens omkring en tredjedel erklærer sig helt uenig i dette udsagn. Tilsvarende vurderer omkring en tredjedel, at arbejdsgiveren har gjort, hvad han eller hun kunne for, at det skulle blive muligt at vende tilbage (mens omkring 40 pct. erklærer sig helt uenige i dette udsagn). Det er meget få af klienterne, der peger på tilbud, arbejdsgiveren

Tabel 6.6.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt en førtidspension, som modtog sygedagpenge i perioden før tilkendelse af førtidspension, og som havde en arbejdsgiver på tidspunktet for sygemelding. Andel, der har fået tilbudt og iværksat henholdsvis har fået tilbudt en række foranstaltninger fra arbejdsgiveren. Særskilt efter kommunetype.

| | Aktive kommuner | | Passive kommuner | |
|--|---------------------|---------|---------------------|---------|
| | Tilbudt og iværksat | Tilbudt | Tilbudt og iværksat | Tilbudt |
| Et andet job på virksomheden | 4 | 10 | 8 | 10 |
| Nedsat arbejdstid | 9 | 11 | 10 | 7 |
| Fleksibel arbejdstid | 5 | 7 | 13 | 10 |
| En særlig indretning af arbejdspladsen | 3 | 5 | 4 | 9 |
| At tage hensyn til sygdommen i det daglige | 9 | 14 | 13 | 9 |
| Et nyt arbejde, hvor der ikke kræves en fuld arbejdsindsats (løntilskud) | 2 | 9 | 3 | 7 |

Anm.: Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

(yderligere) skulle være kommet med for at hjælpe vedkommende med at vende tilbage: 7 pct. peger på et tilbud om andet arbejde på arbejdspladsen, 7 pct. på nedsat arbejdstid, 3 pct. mener en ændret indretning af arbejdspladsen kunne have hjulpet dem til at vende tilbage, og 2 pct. kunne have ønsket sig et tilbud om en delvis genoptagelse af jobbet under sygeperioden.

6.3. Den kommunale sagsbehandling i sygedagpengeperioden

Langt de fleste – men ikke alle – de førtidspensionister, der kom fra sygedagpenge, havde mindst ét møde med en sagsbehandler i løbet af sygedagpengeperioden. I de passive kommuner havde 78 pct. mindst et møde, mens det gælder for 88 pct. af personerne i de aktive kommuner, jf. tabel 6.7.

Tabel 6.7.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt en førtidspension, som modtog sygedagpenge i perioden før tilkendelse af førtidspension. Andel, der havde møde med en eller flere sagsbehandlere i løbet af sygedagpengeperioden, gennemsnitligt antal møder med sagsbehandlere og gennemsnitligt antal sagsbehandlere i løbet af sygedagpengeperioden. Særskilt efter kommunetype.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|--|-----------------|------------------|-------|
| Havde møde med en eller flere sagsbehandlere i den kommunale socialforvaltning i løbet af sygedagpengeperioden | 88 | 78 | 0,049 |
| Gennemsnitligt antal møder med sagsbehandlere i løbet af sygedagpengeperioden | 2,8 | 2,3 | - |
| Gennemsnitligt antal sagsbehandlere i løbet af sygedagpengeperioden | 2,1 | 1,6 | - |

Blandt dem, der havde mindst ét møde, varierer antallet af møder fra 1 til 8. I gennemsnit havde klienterne i de passive kommuner 2,3 møder, mens man i de aktive kommuner havde i gennemsnit 2,8 møder med en sagsbehandler i løbet af sygedagpengeperioden. Godt halvdelen af klienterne havde kun én sagsbehandler i løbet af sygedagpengeperioden (60 pct. i de passive kommuner og 47 pct. i de aktive kommuner).

Der er ikke nævneværdig forskel på, hvilke emner, klienterne har diskuteret med deres sagsbehandler i løbet af sygedagpengeperioden i de to kommunetyper. Knap halvdelen af dem, der havde en arbejdsgiver på tidspunktet for sygemelding, har diskuteret muligheden for at vende tilbage til den gamle arbejdsplads, ligesom omkring halvdelen har diskuteret udsigterne til at blive helt rask, jf. tabel 6.8. Det eneste emne, hvor man kan tale om en forskel i emner, der er diskuteret i de to kommunetyper, er muligheden for at få et nyt job. Det har en tredjedel (33 pct.) diskuteret i de passive

Tabel 6.8.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt en førtidspension, som modtog sygedagpenge i perioden før tilkendelse af førtidspension. Andel, der har diskuteret en række muligheder med sagsbehandleren i løbet af sygedagpengeperioden. Særskilt efter kommune-type.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|--|-----------------|------------------|-------|
| Muligheden for at vende tilbage til gammel arbejdsplads ¹⁾ | 46 | 46 | - |
| Muligheden for at blive helt rask | 56 | 51 | - |
| Muligheden for at få nyt job | 46 | 33 | 0,086 |
| Muligheden for revalidering | 47 | 41 | - |
| Muligheden for arbejdsprøvning | 42 | 34 | - |
| Muligheden for arbejdsoptræning | 26 | 26 | - |
| Muligheden for at få et job, der ikke kræver en fuld arbejdsindsats (løntilskud) | 36 | 37 | - |
| Muligheden for at få førtidspension | 93 | 87 | - |
| Andre muligheder | 4 | 6 | - |

1) Blandt dem, der havde en arbejdsgiver på tidspunktet for sygemelding.

kommuner, mens knap halvdelen (46 pct.) af klienterne i de aktive kommuner har diskuteret denne mulighed med deres sagsbehandler i løbet af sygedagpengeperioden. Mellem en fjerdedel og halvdelen har diskuteret muligheden for revalidering, arbejdsprøvning, arbejdsoptræning og løntilskudsjob, mens stort set alle i løbet af sygedagpengeperioden har diskuteret muligheden for at få en førtidspension.

To tredjedele af de førtidspensionister, der kom fra sygedagpenge, deltog ikke i en eneste aktivitet med støtte fra eller efter aftale med

kommunen i løbet af sygedagpengeperioden. En tredjedel af de førtidspensionister, der kom fra sygedagpenge, deltog i løbet af sygedagpengeperioden i mindst én aktivitet (29 pct. i de passive kommuner og 35 pct. i de aktive kommuner). Forskellen er ikke signifikant. Der er tre typer aktiviteter, disse klienter har deltaget i: Arbejdsprøvning (15 pct.), andre afklarende foranstaltninger (7 pct.) og rygtræning (8 pct.). Procentandelene, der har deltaget i de forskellige aktiviteter, er typisk en anelse højere blandt klienterne i de aktive kommuner, men i intet tilfælde er forskellen signifikant, jf. tabel 6.9. Tre fjerdedele af dem, der deltog i en aktivitet, deltog i præcis én aktivitet. Det gælder for 80 pct. i de passive kommuner og for 70 pct. i de aktive kommuner. Der er dog eksempler i

Tabel 6.9.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt en førtidspension, som modtog sygedagpenge i perioden før tilkendelse af førtidspension. Andel, der har deltaget i en række aktiviteter i løbet af sygedagpengeperioden. Særskilt efter kommunetype.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|---|-----------------|------------------|
| Arbejde med tilskud på privat virksomhed | 4 | 1 |
| Arbejde med tilskud på offentlig virksomhed | 1 | 2 |
| Arbejdsprøvning | 15 | 15 |
| Andre foranstaltninger, der skulle afklare mulighederne for fremover at arbejde eller blive revalideret | 9 | 3 |
| Uddannelse | 3 | 3 |
| Informationsmøder | 5 | 3 |
| Daghøjskole | 1 | 3 |
| Rygtræning | 9 | 6 |
| Andre tilbud eller aktiviteter | 4 | 2 |

Anm.: Der er ingen signifikante forskelle mellem kommunetyperne.

materialet på personer, der i løbet af sygedagpengeperioden har deltaget i op til fem af de nævnte typer aktiviteter. I gennemsnit deltog de aktive i 1,4 aktiviteter (det gælder for begge kommunetyper).

De personer, der i løbet af sygedagpengeperioden deltog i mindst én aktivitet, blev bedt om at vurdere denne aktivitet på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder "Det helt rigtige tilbud" og 5 betyder "Har ikke hjulpet mig". Der er så få personer, der har deltaget i den enkelte type aktivitet, at det ikke giver mening at afreportere deres vurdering af den pågældende aktivitet eller at undersøge eventuelle forskelle mellem de to kommunetyper. Ser vi i stedet samlet på vurderingen af de aktiviteter, de aktive har deltaget i – uanset aktivitet – viser det sig, at klienterne har en meget klar holdning til tilbudets relevans for dem. Der er mange tilbud, der vurderes som det helt rigtige tilbud (score 1 på skalaen). Det gælder for 39 pct. i de passive kommuner og for 29 pct. i de aktive

Tabel 6.10.

Aktiviteter, som personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt en førtidspension, som modtog sygedagpenge i perioden før tilkendelse af førtidspension, deltog i i løbet af sygedagpengeperioden. Vurdering af aktiviteterne. Særskilt efter kommunetype.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|------------------------------------|-----------------|------------------|
| 1 (Det helt rigtige tilbud) | 29 | 39 |
| 2 | 27 | 8 |
| 3 | 12 | 11 |
| 4 | 4 | 0 |
| 5 (Har ikke hjulpet) | 29 | 42 |
| Antal vurderede aktiviteter | 77 | 36 |

Anm.: D.f.=4, $\chi^2=7,657$, $p=0,105$

kommuner. I de aktive kommuner er der 27 pct. af aktiviteterne, der vurderes som næsten det helt rigtige tilbud (score 2), mens det kun gælder for 8 pct. af aktiviteterne i de passive kommuner. 42 pct af tilbudene i de passive kommuner vurderes som aktiviteter, der ikke har hjulpet, mens det kun gælder for 29 pct. af tilbudene i de aktive kommuner (tabel 6.10).

I en samlet vurdering af den rådgivning og vejledning klienterne modtog af kommunen i løbet af sygedagpengeperioden,²⁾ vurderer omkring en tredjedel, at vejledningen har været til stor hjælp³⁾ (38 pct. i de passive kommuner og 26 pct. i de aktive kommuner), mens hver femte vurderer, at de ikke har kunnet bruge vejledningen til noget⁴⁾ (17 pct. i de passive kommuner og 26 pct. i de aktive kommuner).

Kommunens tilbud er også blevet vurderet ved at bede klienterne tage stilling til 7 udsagn om kommunens tilbud i løbet af sygedagpengeperioden (på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder "Helt enig" og 5 betyder "Helt uenig". Der har de senere år været meget fokus på det vigtige i at gøre en tidlig indsats i sygedagpengesager.⁵⁾ Det kunne tænkes, at nogle klienter oplever dette som en række tilbud fra kommunen på et tidspunkt, hvor de slet ikke er klar til at tage stilling til tilbudene. Det synes ikke at være et problem. Der er kun omkring 10 pct., der erklærer sig enig i et sådant udsagn, jf. tabel 6.11. På tre punkter adskiller klienterne i de to kommunetyper sig signifikant i vurderingen af kommunens tilbud. Markant flere i de passive kommuner finder, at kommunen var god til at lytte til deres ønsker og behov (42 pct. mod 35 pct. i de aktive kommuner). Der er næsten dobbelt så mange i de aktive kommuner, der erklærer sig enig i, at meget af tiden er gået med ventetid (33 pct. mod 18 pct. i de passive kommuner). Endelig vurderer hver fjerde (27 pct.) af klienterne i de passive kommuner, at kom-

-
- 2) På en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder "Vejledningen har været til stor hjælp" og 5 betyder "Jeg har ikke kunnet bruge vejledningen til noget".
 - 3) Score 1 på skalaen.
 - 4) Score 5 på skalaen.
 - 5) Som eksempler kan nævnes forsøget i Brørup-Vejen og det nyligt igangsatte forsøg i 34 kommuner med støtte fra Socialministeriet.

munen virkelig har hjulpet dem til at komme videre. Det gælder kun for hver sjette (17 pct.) i de aktive kommuner. På to yderligere udsagn er forskellen mellem klienterne i de to kommunetyper i nærheden af at være signifikant. En større andel af klienterne i de aktive kommuner finder, at kommunen mere har kontrolleret dem i stedet for at hjælpe (16 pct. mod 12 pct. i de passive kom-

Tabel 6.11.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt førtidspension, og som modtog sygedagpenge/løn under sygdom i perioden inden tilkendelse af førtidspension. Stillingtagen til 7 udsagn om kommunens tilbud i løbet af sygedagpengeperioden. Vurdering på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder "helt enig" og 5 betyder "helt uenig". Særskilt efter kommunetype.

| | Aktive kommuner | | | Passive kommuner | | | P< |
|--|-----------------|-----|----|------------------|-----|----|-------|
| | 1 | 2-4 | 5 | 1 | 2-4 | 5 | |
| Kommunen kom alt for tidligt med tilbud, jeg slet ikke var klar til at tage stilling til | 14 | 32 | 55 | 10 | 31 | 58 | - |
| Kommunen var god til at lytte til mine ønsker og behov | 35 | 32 | 33 | 42 | 44 | 14 | 0,014 |
| Meget af tiden er gået med ventetid | 33 | 44 | 23 | 18 | 38 | 43 | 0,007 |
| Der er ganske vist gået lang tid, før der skete noget i sagen, men det har været nødvendigt for mig | 16 | 40 | 44 | 13 | 40 | 47 | - |
| Kommunen har virkelig hjulpet mig til at komme videre | 17 | 41 | 42 | 27 | 49 | 23 | 0,023 |
| Kommunen har mere kontrolleret mig i stedet for at hjælpe mig | 16 | 42 | 42 | 12 | 31 | 57 | - |
| Jeg synes, kommunen alt i alt har opfyldt sine forpligtelser over for mig med hensyn til råd, vejledning og tilbud | 36 | 38 | 27 | 49 | 32 | 18 | - |

muner), og en mindre andel finder, at kommunen alt i alt har opfyldt sine forpligtelser med hensyn til råd, vejledning og tilbud (36 pct. mod 49 pct. i de passive kommuner). Alt i alt er der altså en tendens til, at klienterne i de aktive kommuner vurderer kommunens tilbud i løbet af sygedagpengeperioden mere negativt, end klienterne i de passive kommuner. Muligvis er en del af forklaringen, at sagsforløbet for disse klienter i alle tilfælde endte med tilkendelse af en førtidspension. Så kan det måske opleves negativt, at kommunen forsøger en række foranstaltninger, før pensionen tilkendes – enten fordi klienten fra starten af sygeperioden har ønsket en førtidspension, eller fordi de forsøgte tiltag alligevel ikke lykkedes.

Tabel 6.12.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt førtidspension, og som modtog sygedagpenge/løn under sygdom i perioden inden tilkendelse af førtidspension. Vurdering af kommunens samarbejde internt og med eksterne aktører. Vurdering på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder "helt tilfredsstillende" og 5 betyder "helt utilfredsstillende". Særskilt efter kommune type.

| | Aktive kommuner | | | Passive kommuner | | | P< |
|----------------------------------|--------------------------------|-----|----|------------------|-----|----|-------|
| | 1 | 2-4 | 5 | 1 | 2-4 | 5 | |
| | Samarbejdet internt i kommunen | 44 | 37 | 19 | 53 | 27 | |
| Kommunens samarbejde med: | | | | | | | |
| Almentpraktiserende læger | 37 | 42 | 21 | 49 | 43 | 8 | - |
| Praktiserende speciallæger | 31 | 43 | 26 | 29 | 59 | 12 | - |
| Klientens arbejdsgiver | 45 | 38 | 17 | 42 | 37 | 21 | - |
| Arbejdsformidlingen | 10 | 70 | 20 | 11 | 33 | 57 | - |
| A-kassen | 13 | 75 | 13 | 18 | 45 | 36 | - |
| Fagforeningen | 25 | 60 | 15 | 38 | 23 | 38 | 0,099 |

Omkring halvdelen af klienterne vurderer kommunens interne samarbejde som helt tilfredsstillende, mens hver femte vurderer det som helt utilfredsstillende (tabel 6.12). Kommunens samarbejde med almentpraktiserende læger, praktiserende speciallæger og klientens arbejdsgiver vurderes også som helt tilfredsstillende af relativt mange (mellem en tredjedel og halvdelen). Det er relativt få personer, der føler sig i stand til at vurdere kommunens samarbejde med arbejdsformidling, a-kasse og fagforeningen. Blandt dem, der foretager denne vurdering, er det kun omkring hver tiende, der vurderer samarbejdet med arbejdsformidling og a-kasse som helt tilfredsstillende, mens hver tredje vurderer samarbejdet med fagforeningen som tilfredsstillende. I ingen af vurderingerne er der markante forskelle mellem vurderingerne blandt klienter i de to kommunetyper.

6.4. Ansøgning om førtidspension

I dette afsnit ser vi igen på alle førtidspensionisterne. I afsnittet gennemgås en række forhold, der vedrører selve pensionsansøgningen og perioden efter tilkendelsen af pension. Først ser vi på årsagen til at søge førtidspension. Den hyppigste årsag til at søge en førtidspension er en somatisk sygdom. Den årsag angives af halvdelen af førtidspensionisterne – og her er der ikke forskel på de to kommunetyper, jf. tabel 6.13. Den anden halvdel fordeler sig forskelligt i de to kommunetyper. I de passive kommuner angiver 22 pct. af pensionisterne, at nedslidning var årsagen til, at de søgte førtidspension. Det gælder for hver tredje (33 pct.) blandt pensionisterne i de aktive kommuner. I de passive kommuner angiver 19 pct. en psykisk sygdom som årsag, mens det kun gælder for 8 pct. af pensionisterne i de aktive kommuner. I begge kommuner er en pludselig skade årsag til pensionsansøgningen blandt hver sjette-syvende pensionist (14 pct. i de passive kommuner og 17 pct. i de aktive kommuner).

Ud over den umiddelbare årsag til at søge pension blev interviewpersonerne også spurgt om deres vurdering af den egentlige årsag til, at de fik behov for at søge en pension. Her er der ingen forskel på svarene blandt pensionister i de to kommunetyper. I begge

Tabel 6.13.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt førtidspension. Årsag til at søge førtidspension. Særskilt efter kommunetype.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner | P< |
|---|-----------------|------------------|-------|
| En pludselig skade | 17 | 14 | - |
| En somatisk sygdom | 51 | 49 | - |
| En psykisk sygdom | 8 | 19 | 0,001 |
| Nedslidning | 33 | 22 | 0,01 |
| Det var umuligt at få et passende arbejde | 20 | 27 | - |

Anm.: Antal observationer: 390

kommunetyper angiver godt 80 pct. sygdom som den egentlige årsag, 25-30 pct. nævner handicap og omkring 40 pct. nævner som den egentlige årsag til at søge førtidspension, at det har vist sig umuligt at finde et job, IP kunne klare helbredsmæssigt. Alligevel er der 11 pct. (i begge kommunetyper), der angiver som en årsag til at søge pension, at kommunen ikke havde et passende tilbud til IP, og 9 pct. (i begge kommunetyper), at IP har været arbejdsløs i så lang tid, at det er umuligt at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Endelig er der omkring 5 pct., der angiver, at sagsbehandlingen har været så lang tid, at det i praksis har været umuligt at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

I begge kommunetyper har hver femte klient selv fået ideen til at søge førtidspension. Ideen til at søge en førtidspension har pensionisterne derudover enten fået fra en læge (især deres praktiserende læge) eller en kommunal sagsbehandler. Svarfordelingen er signifikant forskellig i de to kommunetyper. I de aktive kommuner er der kun 14 pct. af klienterne, der fik ideen om at søge pension fra en kommunal sagsbehandler, mens det gælder for hver fjerde (25 pct.)

i de passive kommuner, jf. tabel 6.14. Omvendt er der i de aktive kommuner lidt flere, der har fået ideen om at søge pension fra en læge. 31 pct. angiver at have fået ideen af deres praktiserende læge og 16 pct. af en anden læge, mens de tilsvarende tal er henholdsvis 27 og 11 pct. i de passive kommuner. Lægen spiller altså en ganske central rolle i hvert fald i starten af ansøgningsprocessen. Det bekræftes af, at tre fjerdedele af pensionisterne (begge kommunetyper) svarer, at lægen ikke kun fokuserede på deres sygdom, men også søgte at vurdere interviewpersonens samlede erhvervs-evne.

Tabel 6.14.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt førtidspension. Fordelt efter hvem der først gav interviewpersonen ideen om at søge førtidspension. Særskilt efter kommune-type. Procent.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|----------------------------|-----------------|------------------|
| Egen idé | 20 | 21 |
| Venner og bekendte | 4 | 5 |
| Familiemedlemmer | 3 | 3 |
| Fagforeningen | 2 | 0 |
| Arbejdsgiver | 1 | 3 |
| Praktiserende læge | 31 | 27 |
| Anden læge | 16 | 11 |
| Kommunal sagsbehandler | 14 | 25 |
| Andre | 7 | 3 |
| Antal observationer | 214 | 175 |

Anm.: D.f.=8, $\chi^2=16,480$, $p=0,036$

6.5. Vurdering af kommunen og kommunens samarbejde med andre aktører

Pensionisterne blev bedt om at tage stilling til en række udsagn om kommunens tilbud til dem. Interviewpersonernes stillingtagen til udsagnene er gengivet i tabel 6.15. Det er karakteristisk, at pensionisterne i de aktive kommuner har en markant mere negativ

Tabel 6.15.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt førtidspension. Stillingtagen til syv udsagn om kommunens tilbud. Stillingtagen på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder "helt enig" og 5 betyder "helt uenig". Særskilt efter kommunetype. Procent.

| | Aktive kommuner | | | Passive kommuner | | | P< |
|---|--|-----|----|------------------|-----|----|-------|
| | 1 | 2-4 | 5 | 1 | 2-4 | 5 | |
| | Kommunen kom alt for tidligt med tilbud, jeg slet ikke var klar til at tage stilling til | 8 | 30 | 62 | 2 | 24 | |
| Kommunen var god til at lytte til mine ønsker og behov | 40 | 32 | 29 | 50 | 32 | 18 | 0,038 |
| Meget af tiden er gået med ventetid | 35 | 34 | 31 | 17 | 34 | 49 | 0,001 |
| Der er ganske vist gået lang tid, før der skete noget i sagen, men det har været nødvendigt for mig | 16 | 38 | 47 | 9 | 38 | 53 | - |
| Kommunen har virkelig hjulpet mig til at komme videre | 27 | 36 | 37 | 35 | 42 | 24 | 0,025 |
| Kommunen har mere kontrolleret mig i stedet for at hjælpe mig | 14 | 34 | 53 | 10 | 30 | 59 | - |
| Kommunen har haft mere fokus på sygdom og diagnose end på mine muligheder for at klare et job | 14 | 48 | 39 | 20 | 45 | 35 | - |

holdning til kommunens tilbud, end pensionisterne i de passive kommuner. Det gælder for 4 af de 7 udsagn, interviewpersonerne blev bedt om at tage stilling til. Der er ikke mange, der mener, at kommunen kom alt for tidligt med tilbud, som interviewpersonen slet ikke var klar til at tage stilling til på dét tidspunkt – men der er markant flere, der erklærer sig helt eller delvist enige i udsagnet i de aktive kommuner end i de passive kommuner. Omvendt er der markant flere i de passive kommuner, der erklærer sig enig i, at kommunen var god til at lytte til interviewpersonens ønsker og behov. Meget af tiden er gået med ventetid. Det er der dobbelt så mange, der erklærer sig helt enige i de aktive kommuner, som i de passive kommuner (35 pct. mod 17 pct.). Endelig er der i de passive kommuner signifikant flere, der erklærer sig enige i, at kommunen virkelig har hjulpet interviewpersonen til at komme videre (35 pct. mod 27 pct.). Det er et træk, der går igen fra tidligere analyser i kapitlet. Ved fortolkningen af resultaterne skal man være opmærksom på, at der er tale om en ganske særlig selektion af kommunens klienter, der her er interviewet – nemlig dem, der endte med at få en førtidspension. Det betyder formodentlig, at de forskellige tilbud, interviewpersonerne har været igennem, alle er mislykkedes i den forstand, at det viste sig umuligt at hjælpe dem til at kunne forsørge sig selv. Det kunne igen betyde, at oplevelsen af disse tilbud er negativ hos klienterne – resulterende i en mere negativ vurdering af kommunen, end blandt de klienter der ikke har modtaget lige så mange tilbud fra kommunen.

6.6. Lønnet arbejde?

I det foregående er gennemgået pensionisternes sygedagpengeperiode og perioden omkring ansøgningen om førtidspension. I dette afsnit præsenteres en række aspekter af pensionisternes situation på interviewtidspunktet.

Interviewpersonerne er på forskellig vis blevet spurgt, om de ville være i stand til at påtage sig et arbejde. 16 pct. af pensionisterne i de passive kommuner og 11 pct. af pensionisterne i de aktive kommuner mener, de ville være i stand til at påtage sig et arbejde

på normale vilkår, hvis det var der. Det blev i spørgsmålsformuleringen præciseret, at der ikke kun tænkes på arbejde inden for interviewpersonens normale arbejdsområde, men også på lettere arbejde, som fx at holde opsyn på museer, passe telefon, være receptionist. En betydelig andel af pensionisterne mener at kunne påtage sig et arbejde, hvis der ikke kræves en fuld arbejdsindsats (dvs. med løntilskud, eventuelt med en særlig indretning af arbejdspladsen, nedsat tid, mulighed for arbejdsroking etc.). Et sådant job mener 40 pct. af pensionisterne i de passive kommuner at kunne påtage sig, mens det kun gælder for 27 pct. af pensionisterne i de aktive kommuner. Blandt dem, der mener at kunne påtage sig et sådant job, er omkring 70 pct. *interesserede* i at gøre det. Det er imidlertid kun en ganske lille andel – omkring 7 pct. – af pensionisterne, der i dag har et lønnet arbejde – og her er der ikke forskel på pensionisterne i de to kommunetyper. Omkring dobbelt så mange – 16 pct. – deltager i ulønnede aktiviteter. Heller ikke her er der forskel på pensionisterne i de to kommunetyper.

Hovedparten af pensionisterne (83 pct.) har *ikke* været i kontakt med kommunen, siden de fik tilkendt en førtidspension. Der er omkring 10 pct., der har diskuteret muligheden af at få et arbejde, hvor der ikke kræves en fuld arbejdsindsats, og omkring 7 pct. har diskuteret muligheden af at deltage i forskellige aktiviteter.

Alt i alt er der kun 5 - 10 pct. af pensionisterne, der vurderer, at en anden indsats fra kommunen kunne have forbedret deres mulighed for at vende tilbage til arbejdsmarkedet, jf. tabel 6.16. Forskellen i svarfordelingen blandt pensionisterne i de to kommunetyper er tæt på at være signifikant på 10 pct. niveau – lidt forsigtigt kunne man konkludere, at pensionisterne i de aktive kommuner i lidt højere grad end pensionisterne i de passive kommuner vurderer, at kommunen ikke kunne have gjort mere eller andet, end den allerede har gjort.

Tilsvarende er der dobbelt så mange af pensionisterne i de passive kommuner som i de aktive kommuner (20 pct. mod 10 pct.), der peger på en indsats (eller ændret indsats) hos enten sig selv, kom-

Tabel 6.16.

Personer, der inden for det seneste år har fået tilkendt førtidspension. Fordelt efter, om IP tror en anden indsats fra kommunen kunne have forbedret muligheden for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Særskilt efter kommunetype. Procent.

| | Aktive kommuner | Passive kommuner |
|---|-----------------|------------------|
| Ja, til et arbejde på normale vilkår | 0 | 2 |
| Ja, til et arbejde, hvor der ikke kræves en fuld arbejdsindsats | 4 | 8 |
| Nej | 95 | 90 |
| I alt | 99 | 100 |
| Antal | 211 | 172 |

Anm.: D.f.=2, $\chi^2=4,547$, $p=0,103$

munen, tidligere arbejdsgivere, sundhedsvæsenet, arbejdsformidlingen eller andre, som ville have kunnet forhindre, at interviewpersonen fik behov for en førtidspension.

Der er trods alt så få besvarelser, at der ikke kan påvises markante forskelle mellem, hvad interviewpersonerne peger på i de to kommunetyper. Af de i alt 57 besvarelser, peger 12 på, at et nyt arbejde måske ville have kunnet forhindre, at de fik behov for en førtidspension. Typisk svares der, at det skulle have været et lettere arbejde eller på nedsat tid. 9 besvarelser peger på, at den tidligere arbejdsgiver burde have reageret anderledes – fx med en anden indretning af arbejdspladsen, ved at tilbyde et andet arbejde eller ved ikke at se så strikt på 120 timers reglen. 11 besvarelser peger på en anden indsats fra sundhedssektoren – enten at interviewpersonen har modtaget en fejlbehandling, eller at der skulle være sket en behandling på et tidligere tidspunkt. 5 personer peger på, at en omskoling, kurser eller en ny uddannelse måske ville have kunnet forhindre en førtidspension, 5 personer peger på, at kommunen skulle have givet en bedre/tidligere vejledning, og 5 personer peger på, at de selv skulle have levet deres liv anderledes.

6.7. Sammenfatning

Omkring halvdelen af førtidspensionisterne kommer fra sygedagpenge, en femtedel fra kontanthjælp og en femtedel uden nogen forudgående social ydelse.

Blandt de førtidspensionister, der kom fra sygedagpenge, angiver omkring to tredjedele, at der var tale om en sygdom, der har udviklet sig langsomt – der er formodentlig i mange tilfælde tale om en gradvis nedslidning.

Blandt alle førtidspensionisterne vurderer omkring halvdelen, at det var en somatisk sygdom, der var årsagen til, at de søgte førtidspension. Mellem en femtedel og en tredjedel angav nedslidning som årsag og godt en femtedel vurderede, at den egentlige årsag var, at det var umuligt at få et passende arbejde.

To tredjedele af de førtidspensionister, der kom fra sygedagpenge, deltog ikke i en eneste aktivitet med støtte fra eller efter aftale med kommunen i løbet af sygedagpengeperioden. Blandt dem der deltog i mindst en aktivitet, var arbejdsprøvning langt den hyppigste aktivitet.

I fire ud af ti tilfælde er det en læge, der først har givet førtidspensionisten ideen om at søge pension, mens det i hvert fjerde tilfælde var en kommunal sagsbehandler og i hvert femte tilfælde var pensionistens egen ide.

10-15 pct. af førtidspensionisterne mener, de ville være i stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår, hvis det var der. Yderligere 30-40 pct. af pensionisterne mener, de ville kunne påtage sig et arbejde, hvis der ikke krævedes en fuld arbejdsindsats. Blandt dem der mener at kunne påtage sig et sådant arbejde, er 70 pct. interesserede i at gøre det. Det er kun en meget beskedent andel af pensionisterne – 7 pct. – der i dag har lønnet arbejde. Yderligere 16 pct. deltager i ulønnede aktiviteter.

Kapitel 7

Den kommunale sagsbehandling

Efter gennemførelsen af analyserne, af hvilke tilbud de tre grupper af klienter havde modtaget i løbet af sagsbehandlingsperioden og af klienternes vurdering af disse tilbud, blev medarbejdere fra de 10 kommuner interviewet. I interviewene blev der med udgangspunkt i resultaterne fra den kvantitative del af undersøgelsen fokuseret på emner, kommunerne opfattede som problemområder og på emner, hvor den enkelte kommune syntes at have fundet en organisatorisk løsning på noget, der i andre kommuner opfattes som et problem. I dette kapitel gennemgås resultaterne af interviewene.

7.1. Første opfølgningssamtale i sygedagpengesager

I alle de interviewede kommuner er man opmærksomme på at søge at overholde den lovfastsatte frist for første opfølgningssamtale i sygedagpengesagerne. For de sager, der indgår i den kvantitative del af undersøgelsen, skulle denne første samtale finde sted efter senest 13 uger (reglen blev pr. april 1997 lavet om, så første opfølgning nu skal ske efter senest 8 uger). Det kan imidlertid være svært altid at nå at holde samtalerne inden for denne frist. Én årsag til dette er, at kommunen først på et for sent tidspunkt får kendskab til sagen. Problemet opstår især ved nogle typer af offentlige arbejdsgivere, og hovedårsagen til dét er, at offentlige arbejdsgivere ikke får refusion for sygedagpenge, men selv bærer den økonomiske byrde i sygeperioden. Der er derfor heller ikke noget økonomisk incitament for offentlige arbejdsgivere til i tide at indberette sygdom til den kommunale socialforvaltning. Det er dog langt fra medarbejdere i alle de interviewede kommuner, der ofte oplever manglende eller for sen indberetning fra offentlige arbejdsgivere.

En af de interviewede sagsbehandlere siger: *“Især fra bestemte typer offentlige arbejdsgivere fik vi ofte ikke erklæringen om, at folk er syge, før de blev fyret. Det gælder sådan noget som AMU-centre, dagskoler, efterskoler osv. Der fik vi virkelig beskeden på et sent tidspunkt. Personer derfra havde vi overhovedet ikke kontakt med, før de var fyret – måske efter et års forløb. Vi kan også godt mærke, at når folk bliver syge ude på institutionerne, kan der nemt gå 3-4-5 måneder, før vi får meddelelse om sygdommen. Men så er det tit, at folk selv henvender sig her. Det er nok fordelen ved at være en lille kommune.”* Problemet med sene indberetninger om sygdom fra offentlige arbejdsgivere går igen i flere af de kommuner, hvor interviewene er gennemført. I en anden kommune anfører man således, at der fra offentlige arbejdsgivere kan gå op til 9 måneder (og en fyring), før man på socialforvaltningen får kendskab til sagen. Men omvendt anfører man her, at der ikke er så mange af den type sager, at de for alvor fylder noget i hverdagen. I en tredje kommune siger en mellemlider: *“Der kan også gå lang tid, hvis det er offentligt ansatte. De kan være meget lang tid om at give besked. Folk kan nå at blive fyret. Og så har de tit et par måneders opsigelse. Og først derefter får vi besked. Og så er løbet mange gange kørt”*

Spørgsmål: *“Hvad betyder det? 8-9 måneder?”*

Mellemlider: *“Det er ikke så tit – men der går ofte 4-5-6 måneder. Jeg vil så rose de offentlige arbejdsgivere for at være blevet bedre. For de har jo ingen interesse i at give os besked. Der er jo ingen penge i det for dem. Og det er det, der er baggrunden.”* I endnu en kommune siger man, at *“Det er undtagelsen, hvis vi får en indberetning fra det offentlige inden 4 uger. Der kan godt gå måneder. For det er ikke noget, der er højt prioriteret ude i personaleafdelingerne. Fordi man ikke mister penge på det som arbejdsgiver”*. I en enkelt kommune oplever man ikke for sene indberetninger fra offentlige arbejdsgivere som et problem. Her siger en sagsbehandler, at det efterhånden er undtagelsen, hvis indberetningsfristen overskrides.

I en af kommunerne har man som arbejdsgiver måttet lave hele sin sagsgang om i sygdomstilfælde. Hidtil har det været sådan, at hvis en medarbejder på en af kommunens institutioner blev syg, ville det fremgå af næste månedlige indberetning fra institutionen

til løn- og personalekontoret, som derefter udsendte en sygemeldingsblanket, som den ansatte udfyldte. Inden løn- og personalekontoret fik blanketten tilbage kunne fristen for indberetning til sygedagpengekontoret være overskredet. Hvis medarbejderen havde været ansat på institutionen under 13 uger, ville det kunne medføre, at sygedagpengekontoret nægtede at refundere sygedagpengene – og derfor bliver sagsgangen nu lavet om. Reglerne er sådan, at der er 4 ugers anmeldelsesfrist. Hvis man overholder den, har man 3 måneder til at bede om refusion. Hvis 4 ugers fristen ikke overholdes, skal der anmodes om refusion inden 6 uger fra første sygedag (jf. bekendtgørelse nr. 442 af 23. juni 1998, §§ 17-18, stk. 1 og 2). Og det er denne 6 ugers frist, kommunens sags-gange ikke kunne garantere overholdt. Som en af de interviewede anfører, så er det med hensyn til refusionen at skyde gråspurve med kanoner – for en offentlig arbejdsgiver kan kun få refusion for nyansatte personer (dvs. for personer, der har været ansat mindre end 13 uger). Refusionsproblemet eksisterer således ikke for hovedparten af de offentligt ansatte. Men socialforvaltningen skal stadig gennemføre opfølgningssamtaler med langvarigt syge, selvom disse modtager løn fra arbejdsgiveren. Sagsbehandleren svarer: *“Jo, men det er jo en anden opfølgning”*.

Spørgsmål: *“Men så må I have problemer med at nå jeres 8 ugers opfølgningssamtaler?”*

Sagsbehandler: *“Det afhænger af, hvad det er for en offentlig arbejdsplads. Nogle er bedre end andre. Men vi prioriterer nok mere dem, vi har udbetaling til, end de andre. Sådan bør det selvfølgelig ikke være, men sådan er det”*.

Spørgsmål: *“Hvordan kommer den prioritering til udtryk?”*

Sagsbehandler: *“Vi er nok hurtigere til at indhente lægeerklæringer og indkalde til samtale [i sager, hvor kommunen har udgifter enten til sygedagpenge eller til refusion til arbejdsgiver]. For vi bliver jo målt i kroner – og når nu vi overskrider budgettet og sådan ... Men jeg ved godt, det andet er lige så vigtigt; sådan er lovgivningen jo.”*

7.2. Lægeerklæringer

De kvantitative undersøgelser af sygedagpengesagerne viste, at der er meget stor forskel mellem kommunerne på, hvor mange læge-

erklæringer, man gennemsnitligt indhenter i en langvarig sygedagpengesag. I de passive kommuner er der indhentet mindst én generel helbredserklæring i 35 pct. af sagerne, mens det kun er tilfældet i 9 pct. af sagerne i de aktive kommuner. Tilsvarende er der indhentet statusbedømmelse i 56 pct. af sagerne i de passive kommuner mod 36 pct. i de aktive kommuner. Endelig er der indhentet mindst én speciallægeerklæring i 19 pct. af sagerne i de passive kommuner, mens det kun var tilfældet i 5 pct. af sagerne i de aktive kommuner. De interviewede sagsbehandlere og mellemledere blev både spurgt, om de kunne komme med forklaringer på sådanne forskelle, og om, hvordan de selv benytter lægeerklæringer (efter hvilke kriterier, de indhenter dem). Det er indtrykket fra interviewene, at en stor del af variationen i brugen af lægeerklæringer har to typer af forklaringer.

Den ene type forklaring har at gøre med rent forvaltningsinterne forhold, mens den anden type forklaring handler om samarbejdsrelationerne mellem kommune og de praktiserende læger.

- Hvis man som sagsbehandler har travlt, er det nemt lige at indhente en ekstra lægeerklæring. Dermed bringer man formalia i sagen i orden, og man køber sig til lidt tid. En sagsbehandler forklarer: *“Det er ganske kendt, at har man ikke tid til at gå i dybden med en sag, så tænker man på, hvad der skal til for at overholde revisionens krav. Og så kommer der en [anmodning om en] lægeerklæring af sted. Så køber man sig lidt tid. Altså du står og skal vælge mellem at bruge ½-1 time på en samtale eller bede om en lægeerklæring, der tager 5 minutter.*
- Hvis man ikke helt ved, hvad man skal stille op i sagen, kan en lægeerklæring også være med til at udskyde problemet. En af de interviewede sagsbehandlere siger: *“På et kursus for nogle år siden fremlagde jeg en sag, hvor vi så diskuterede, hvad man skulle gøre. Én foreslog at indhente en psykologerklæring. Men så var der en anden, der sagde: “Hvad skal vi bruge endnu en erklæring til?” Og det er jo rigtigt, for vi ved godt, hvad der skal til. Men så går der jo 3 måneder mere – og måske har man ikke lige lyst til at træffe en svar beslutning. Altså der står jo ingen steder,*

at lægen bestemmer, hvad der skal ske. Det er mig, der bestemmer – inden for lovens rammer. Jeg tror, det har lidt at gøre med berøringsangst”. I en anden kommune siger en mellemlider: “Der er også en holdningsfaktor. Hvis vi støder på en person med fx en bevægeapparatsygdom, så vil jeg sige: Hvad skal vi stille op? Skulderen – eller hvad skavanken nu måtte bestå i – er kun en del af problemet. Så meget tidligt kan vi stille spørgsmålet, hvad vi skal stille op. Så vi sideløbende med den lægelige behandling kan starte en dialog om fremtiden. Så jeg tror, det er rigtigt, at hvis man som sagsbehandler tidligt erkender, at her har man en person med en skavank, vedkommende må lære at leve med, så behøver man egentlig ikke flere lægeerklæringer. Men derfor kan det godt være vanskeligt at få folk i gang. Nogle gange bruger man erklæringerne, fordi man ikke rigtig ved, hvad man skal stille op. Og så siger man, at så må vi hellere få undersøgt noget mere. Og det er egentlig et vildskud.”

- Hvis man gerne vil dokumentere behovet for en førtidspension, vil en eller flere lægeerklæringer næsten altid være en del af dokumentationen.
- Endelig kan der – som en af de interviewede anfører – være en barriere mod at handle. Man kan godt være i en situation, hvor der egentlig er oplysninger nok i sagen til at træffe beslutning om genoptræning, arbejdsprøvning eller eventuelt en omskoling. Men medmindre man er en godt trænet sagsbehandler kan det være svært at indse, at nu bør man altså ikke indhente flere erklæringer – nu bør man handle på det foreliggende grundlag. I en anden af kommunerne svarer en mellemlider på et spørgsmål, om han kan genkende argumentet: *“Jeg kan genkende den, fra før vi lagde opfølgningen hos sagsbehandlerne. Det skyldes, at vi ikke havde udstyret de andre med en faglig baggrund. Hvor man måske ikke er så bevidst om, at der måske ikke er brug for flere oplysninger [for at kunne iværksætte hjælpeforanstaltninger]”.*

Den anden type forklaring på variationen i brug af lægeerklæringer handler om samarbejdsrelationerne mellem socialforvaltningen og de praktiserende læger i området. Her er der meget stor

forskel mellem kommunerne på, hvor tæt og velfungerende samarbejdet er. Et af de temaer, der ofte er kommet frem i interviewene er de problemer, der kan opstå ved, at en læge fortæller sin patient, at han eller hun mener, vedkommende er berettiget til en pension – eventuelt også hvilken type pension, der bør være tale om. Hvis socialforvaltningens medarbejdere ikke er enige i den vurdering, kan det virke begrænsende for de fremtidige handlemuligheder, at den praktiserende læge allerede har erklæret personen for pensionsberettiget. Et andet hyppigt nævnt problem består i manglende kommunikation mellem læge, sagsbehandler og klient. Det problem kan føre til, at læge og klient måske diskuterer handlemuligheder af én type, mens klient og kommunal sagsbehandler diskuterer handlemuligheder af en anden type. Det er et problem, der i mange af de medvirkende kommuner er fundet løsninger på – men der deltager også kommuner i undersøgelsen, hvor man ikke har fundet en løsning på denne type problemer. Fra interviewene kan der peges på tre mulige løsningsmodeller.

1. Nogle kommuner afholder med jævne mellemrum temamøder med de praktiserende læger i området. I en af kommunerne siger en mellemlider: *“Det er ikke enkeltsager, vi drøfter. Det er det generelle samarbejde, og hvordan vi gerne vil have det til at fungere. Læger er jo store autoriteter – også over for patienterne. Og det kan være utrolig svært at vende, hvis lægen har sagt til folk, at de skal have højeste pension – så er det jo den endegyldige sandhed. Det er nok også svært for lægerne at acceptere, at der er andre autoriteter til end dem. For helt firkantet skal de jo ikke tage stilling til, om folk er pensionsberettigede. De skal komme med en beskrivelse af, hvad folk fejler. Men det er ikke dem, der skal vurdere pension. Og vi har været nødt til at sige rimelig tydeligt til dem, at det skal de holde sig fra, for det er ikke hensigtsmæssigt. Og det kan de også godt se, siger de. Men vi kan også godt mærke, at det er et liberalt erhverv. Der er nogle læger, der ikke vil køre konflikter med deres patienter, for det er deres kunder – og vi har mange læger i forhold til kommunens størrelse”.*
2. I nogle kommuner mødes læge, klient og kommunal sagsbehandler om den konkrete sag. Der er to organisatoriske vari-

anter af denne fremgangsmåde: I en af kommunerne har man egentlige dagpengemøder, hvor de praktiserende læger, hvis patienters sag skal behandles på mødet, deltager. Sagsbehandleren forklarer, at kommunen betaler lægerne et fast beløb pr. sag, de har med (p.t. 78 kr. pr. sag). Desuden har de den praksis, at hvis en praktiserende læge har under 3 sager til et møde, vil man ikke ulejlige dem med at deltage i mødet – så klarer man samtalen telefonisk. Hun forklarer videre: *“På mødet deltager desuden vores jobkonsulent og medarbejdere fra sygedagpengeafdelingen. Der har vi gode diskussioner om, hvad der så skal ske. Det har kørt mange år her i kommunen. Og det er rigtig godt. ... Vi kan tage mange ting i opløbet”*. I en anden kommune afholder man ind imellem treparts møder med kommunal sagsbehandler, praktiserende læge og klient, men her foregår det som en konsultation hos lægen.

3. I nogle kommuner benytter man en kommunalt ansat lægekonsulent til at varetage kontakten med de praktiserende læger i området. Han eller hun vurderer sammen med sagsbehandleren, hvilke lægelige oplysninger det er relevant at indhente, diskuterer løbende med den enkelte praktiserende læge, hvilke oplysninger det især er vigtigt at få med i en given lægeerklæring og diskuterer også arbejdsdeling mellem kommune og praktiserende læge i sygedagpengesager – hvilket bl.a. tager sigte på at undgå, at de praktiserende læger forholder sig til pensionstilkendelse i deres samtaler med klienterne og i erklæringerne.

I en af de kommuner, hvor man ikke har hyppige møder med de praktiserende læger i kommunen, siger en mellemlider: *“Vi har jo drøftet samarbejdet med lægerne meget. Vi har også syntes, at mange af dem har skrevet erklæringer med venstre hånd. Men der har vi sagt, at det handler jo også om, at vi bliver bedre til at stille de rigtige spørgsmål. Og der har vi en aktiv lægekonsulent, som i øvrigt også selv er praktiserende læge i kommunen.”* En anden mellemlider fortsætter: *“Vi har før haft temamøder. Det startede med, at vi havde dem en gang om året, og så er det blevet til hvert andet år, for det kan være svært at få dem til at komme. ... Møderne er rigtig gode. Bare*

det, at man ser dem. ... Det giver bedre erklæringer, og vi bliver bedre til at stille spørgsmålene. ... Og så oplever vi også, at hvis de får nogle spørgsmål fra os, som ikke er helt klare, så ringer de i stedet og spørger, hvad det egentlig er, vi gerne vil vide.”

I en anden kommune siger en mellemlider: *“Jeg oplever tit, at vi har læger, der i forbindelse med aktivering er meget hurtige til at lade folk sygemelde sig. Når vi endelig får fat i folk og aktiverer dem, så sygemelder de sig, og så siger lægen, at det er rigtig nok. Det sker tit. Og det er en udvej, der er velkendt blandt de mest professionelle af vores klienter. Og de udnytter den. Og lægerne beskytter dem. Det er klart, at det ville være en oplagt drøftelse at tage med lægerne. Men vi er jo rene novicer i samarbejdet med lægerne. Jeg er sikker på, at det problem, det ville give lægerne at tage den konfrontation – den tror jeg ikke, de tager. Jeg tror, der var utrolig meget at hente i, at man satte sig ned som sagsbehandler, klient og læge og snakkede det igennem.”*

Spørgsmål: *“Men I gør det ikke?”*

Mellemlider: *“Nej”. En sagsbehandler modererer ved at sige, at det er sket i enkelte sager, hvor man har sat sig sammen læge, klient, sagsbehandler og en psykolog.*

7.3. Arbejdsprøvning og brug af revalideringsinstitutioner

De amtslige revalideringscentre får generelt ikke gode bedømmelser af de kommunale sagsbehandlere og mellemlidere, der har deltaget i interviewene. I flere af kommunerne har man etableret alternativer til revalideringscentrene – enten i eget regi, i samarbejde med andre kommuner eller i amtsligt regi. I en af kommunerne benytter man både et amtsligt tilbud og har – på trods af, at der er tale om en lille kommune – etableret et eget erhvervscenter. En mellemlider siger: *“Vi havde et problem med de uafklarede personer. Så talte vi om det på et møde med nogle kommuner. Nogle skulle måske have været på [det amtslige revalideringscenter]. Men der var lige knap et års ventetid – og vi var lige holdt op med at bruge det. Så tog vi kontakt til projektcenteret [et amtsligt tilbud]. Det bruger vi meget til folk, vi ikke ellers kan komme nogen vegne med. De har foredragsholdere, og de er rundt og besøge forskellige steder, og*

der er også noget styrketræning indbygget i forløbet. Og da vi ikke vil bruge [det amtslige revalideringscenter], laver vi det selv i kommunen. Vi har vores erhvervscenter, som aktiverer vores kontanthjælpsmodtagere. Det er fortrinligt, og der er ingen ventetid. Vi ringer bare ned og siger sådan og sådan – det er virkelig noget ... altså dengang vi gik fra [det amtslige revalideringscenter] til vores eget, gik vi fra at have 25 - 26 personer, der modtog sygedagpenge ud over den generelle varighed, til kun at have 7. Og det skete på ½ år.”

I en af de andre kommuner bruger man det amtslige revalideringscenter. Men sagsbehandleren er ikke særlig tilfreds med centret: *“Jeg synes ikke altid, deres konklusioner er særlig realistiske. Det er jo meget let at sige, at en eller anden nedslidt kan revalideres til at arbejde 6 timer om dagen på kontor. Men det er altså ikke realistisk”.*

Spørgsmål: *“Er der lang ventetid?”*

Sagsbehandler: *“Ja, 3-9 måneder – og op til et år ... Det medfører en kraftig sortering i de sager, der henvises. ... Men så er det jo, vi lader folk gå på daghøjskole i ventetiden – så de har noget at stå op til. Det giver også noget træning, ikke?”*

Spørgsmål: *“Men det er altså ikke reelt, at man kommer i gang med at revalidere folk tidligt?”*

Sagsbehandler: *“Daghøjskoler er da også aktivering.”*

Spørgsmål: *“Men ikke målrettet?”*

Sagsbehandler: *“Der kan også være tale om en uddannelse, men hvor vedkommende er i tvivl om, hvor interessefeltet er. Der bruger vi daghøjskolerne til personlig afklaring. Det kan også være, inden man måske kan komme ind på en uddannelse om et halvt år.”*

Spørgsmål: *“Men det, vi snakker om, er flaskehalse eller ventetider. Ventetider på revalideringsinstitutioner og det faktum, at der kun er studiestart 1-4 gange årligt. Så er daghøjskoler vel mest parkering eller ventetid?”*

Sagsbehandler: *“Jo, men det er lidt firkantet sagt. Vi kan jo også bruge fx en børnehave som aktiveringssted for en person, der gerne vil starte på pædagoguddannelsen”.*

I en anden kommune har man valgt mest at satse på andre muligheder end den amtslige revalideringsinstitution. En sagsbehandler

siger: "Vi kan også gøre det bedre, end det amtslige revalideringscenter, synes jeg. Revalideringscenteret slutter oftest med at indstille folk til pension. Men det er selvfølgelig også, fordi det er de dårligste, vi sender derover. Det er jo som regel de personer, hvor man har prøvet forskellige ting. Der siger vi, at så må vi prøve at få en afprøvning på en revalideringsinstitution for at få en mere bred afprøvning af dem. Det er jo den tungeste del af revalideringsgruppen, så det er måske ikke så underligt, at de ofte peger på pension. Men det er problematisk, at der er så lang ventetid."

Spørgsmål: "Hvor lang ventetid er der?"

Sagsbehandler: "7-8 måneder. Officielt er den nedbragt til 5 måneder. Men den har i meget lang tid været på 7-8 måneder. Vi får som regel en grydeklar pensions sag ud af det. Og det er så også nogle gange det, vi har bedt om."

Spørgsmål: "Kan man overhovedet bruge det til noget, hvis der er en ventetid på 7-8 måneder?"

Sagsbehandler: "Til en pensions sag, ja."

Spørgsmål: "Men til noget aktivt?"

Sagsbehandler: "Jeg synes ikke, man kan bruge det til så meget. Men jeg må så omvendt sige, at jeg har arbejdet på en revalideringsinstitution. Også med lang ventetid. Og man kan da også godt mærke på de folk, der kommer ind, at de synes, det har været utrolig irriterende at gå i så lang en passiv periode. Men der er bestemt også kommet noget ordentligt ud af det. Og der var da bestemt en del, hvor vi også fik et godt forløb. Men alt andet lige, så er de 7-8 måneder jo en død periode. Både forsørgelsesmæssigt – det er nogle passive kroner, der bliver givet til folk i den periode – og der er også mange folk, der virkelig bliver fastlåst i, at de har det så utrolig skidt, og at de ikke kan noget. Men miljøet på revalideringsinstitutioner spiller også ind. Det er jo allesammen personer, der har det på samme måde. Det er jo ikke en arbejdsplads. Hvorimod hvis de kommer ud på en offentlig eller privat arbejdsplads, så er det mere gavnligt for deres situation. Der er en anden motivation. Endelig vil jeg sige, at det også kommer an på klientens udgangspunkt. Hvis der er tale om en pensions sag, så betyder 7-8 måneder ikke så meget."

I en tredje kommune har man ikke lavet sit eget afprøvningssted og benytter det amtslige revalideringscenter. Her siger man, at *“den er god. Rigtig god.”*

Spørgsmål: *“Hvad med ventetider?”*

Sagsbehandler: *“3 måneder, lige nu. Men der har været op til 6 måneder.”*

Spørgsmål: *“Er det ikke invaliderende i sig selv?”*

Sagsbehandler: *“Så prøver vi, om de ikke kan komme i nogle andre forløb, indtil der bliver plads. Så de holder sig i gang. Det kan være en daghøjskole eller en produktionsskole. Nogle er måske også i gang med genoptræning hos sygehus eller fysioterapeut el. lign. Men der er da også dem, der går passive. Vi har ikke anden pisk end den verbale. Vi kan jo ikke smække kassen i.”*

Spørgsmål: *“Der er nogle kommuner, der har organiseret deres egne afprøvningssteder?”*

Sagsbehandler: *“Vi har på produktionsskolen en sektion, hvor de adskiller tv-apparater osv. i forskellige dele. De har nogle arbejdspladser dér, vi kan bruge til afprøvning. Problemet er, at det er os selv, der hele tiden skal følge op på, hvordan det går – om de har smerter osv. Og har man 120 sager, har man ikke den tid og energi, der skal til for at gøre det. Der skal faktisk være en daglig kontakt. For at finde ud af hvornår de er mødt, hvad deres ydeevne er osv. Og vores pensionsnævn har kun anerkendt revalideringsinstitutionens arbejdsprøvning. ... Vi har fx en virksomhed, hvor de har lavet deres eget afprøvningssted, hvor man har mange forskellige job. Vi havde en sag, hvor der i førtidspensionstilkendelsen stod, at ansøgeren kun fik en forhøjet almindelig pension, fordi alle revalideringsmuligheder var ikke udtømt – fordi ansøgeren kun havde været afprøvet på den pågældende virksomhed.”*

I en fjerde kommune bruger man ikke det amtslige revalideringscenter mere end højst nødvendigt. En mellemlider forklarer: *“For et års tid siden, hvor vores afdeling lå underdrejet og var underbe- mandet og selv havde lang ventetid, da brugte vi [det amtslige revali- deringscenter]. For nu skulle vi bare lige have dokumentation for, at de her personer ikke kunne arbejde, og så kunne vi få kørt den der pensionssag igennem. Så betalte vi os fra noget, vi egentlig lige så godt*

kunne gøre selv. Så det er sidste led, at vi bruger [det amtslige revalideringscenter].”

I en femte kommune siger en af to interviewede mellemledere: *“Vi er begge med i følgegruppen til to amtslige revalideringsinstitutioner. Det ene er et traditionelt revalideringscenter. Det andet er udviklet her. Det er et forløb, hvor man laver en personlighedsafklaring, som ender i en personlig handlingsplan. Vi må nok sige, at vi ikke er så overbegeistrede for de tilbud, de giver os. Revalideringscenteret findes i nøjagtig samme koncept andre steder i landet. Det er gammeldags med nogle værksteder ... altså man råber da hurra, hvis der kommer én derude fra, som de siger kan revalideres”.*

Den anden mellemleder siger: *“De er ikke særlig objektive. De følger meget den borger, de har haft deroppe. De har kørt meget på, at der skal et terapeutisk tilbud til, fx. Og det har vi jo ikke. Og forvaltningen har meget begrænsede muligheder for at henvise til langvarige terapeutiske forløb.”*

Den første indskyder: *“Jeg vil ikke sige, de ikke er lydhøre, men det er svært at få den praksis for, hvornår man kan få førtidspension, kommunikeret ud. Altså objektive fund; hvad fejler folk rent faktisk, osv. Det er svært. De sidder med nogle borgere, der er dårlige – det er altså svært.”*

Den anden fortsætter: *“Ja, jeg synes nok, de hører på, hvad vi siger. Men de skal passe på ikke for meget at blive klientens advokat. For så kommer vi ikke videre. Der skal jo være noget objektivt at tilkende en pension på. Det er der, det bliver svært. For så vil folk have den pension. De har måske fået at vide af både læge og revalideringscenter, at de kan ingenting. Så er det da ganske uforståeligt, at vi ikke bare tilkender en pension.”*

I en sjette kommune svarer man også, at man bruger de amtslige revalideringsinstitutioner, og også her kritiseres institutionerne for at have en lang ventetid: *“De kommer ind i løbet af 6 - 8 uger til et 2-3 dages introduktionsforløb. Så kan der godt gå 5 måneder på at vente på et værksted. men der kan også godt gå mindre. Det handler om, at kapaciteten er for lille.”*

Spørgsmål: *“Er det ikke socialt invaliderende at vente i op til et halvt år?”*

Mellemlider: *“Jo. Der kan ikke findes gode argumenter for at vente. Det er ren spild af tid. Og for hver dag bliver de dårligere. ... Vi er heller ikke gode til – altså vi arbejder meget autonomt. Aktivering, fx, det er den her klump og de her tilbud. Men vi har nogle rigtig gode aktiveringssteder, hvor man sagtens kunne bruge det som en arbejdsprøvning. Men det er ikke noget, vi traditionelt har gjort”. På et spørgsmål, om revalideringsinstitutionen er god, svarer den samme mellemlider: “Jeg synes ikke, de er fremragende. De er ikke fulgt med tiden. Der er ikke den mangfoldighed af tilbud – det er meget værkstedspræget. Man kan selvfølgelig godt se noget ved, at fru Jensen sidder og laver montagearbejde. Men den type arbejde findes jo ikke mere på arbejdsmarkedet. Men derfor kan man selvfølgelig godt bruge observationerne”. En sagsbehandler fortsætter: “Jeg synes, de laver vældig gode beskrivelser af folk. Nogle af værkstederne er dog lidt flyvske. De har fx et værksted for silkemaling og maskeproduktion. Det er meget kreativt, men det er svært bagefter så at vurdere, hvad folk kan klare rent arbejdsmæssigt.*

7.4. Samarbejde med arbejdsgivere

Spørgeskemaundersøgelsen blandt klienterne viste, at omkring hver fjerde af de langtidssygemeldte, der på tidspunktet for sygemeldingen havde en arbejdsgiver, i løbet af sygeperioden havde snakket med arbejdsgiveren om henholdsvis muligheden for at ændre på indretningen af arbejdspladsen og muligheden for at skifte til et andet job på virksomheden. Derimod er det en noget lavere andel, der har fået tilbudt enten et andet job på virksomheden, nedsat arbejdstid, fleksibel arbejdstid, en særlig indretning af arbejdspladsen eller et arbejde med løntilskud. Det gælder for mellem 4 og 11 pct. af de langtidssygemeldte, og der er ikke forskel på de aktive og de passive kommuner¹⁾. Samarbejdet med ar-

1) Man skal naturligvis ved denne opgørelse være opmærksom på, at udvalgsriteriet for personer i undersøgelsen bl.a. er, at de modtog sygedagpenge på undersøgelsestidspunktet. Der vil derfor formodentlig være en række personer, hvor man i samarbejde med arbejdsgiveren har fundet en løsning af de nævnte (et andet job på virksomheden, nedsat

bejdsgiverne blev diskuteret med de interviewede sagsbehandlere og mellemledere i de 10 kommuner. I en af kommunerne forklarer man, at en af de større virksomheder i området er gode til på den måde at tage sig af deres egne medarbejdere, som måtte blive sygemeldte. En sagsbehandler siger: *“Jeg synes ikke generelt, det er et problem at snakke med arbejdsgiverne.... Men vi er ikke gode til at gå til arbejdsgiveren og bede om et andet job eller en anden indretning. Men det sværeste er nu at arbejde med folk, der kommer fra arbejdsløshedsunderstøttelse, og med dem der er ansat inden for det offentlige”*. I denne kommune samarbejder man en del med fagforeningen i sådanne sygedagpengesager. Sagsbehandleren fortsætter: *“Vi har fællessamtaler med fagforeningens socialrådgiver og kasserer og klienten. Især SID håber at gøre nogle af deres svage klienter klar til en ansættelse. Der har vi klart nogle, der modtager sygedagpenge, og som hører til den målgruppe. Desuden er klienterne trygge ved fagforeningen. Det betyder noget.”*

Spørgsmål: *“Fagforeningen er vel også mere entydigt på klientens side?”*

Sagsbehandler: *“Ja – og de repræsenterer også fremtiden for klienterne, for alternativet vil jo være kontanthjælp. Men omvendt, hvis de ryger ud, er de svære at få tilbage igen. Problemet er, at klienten skal raskmeldes for at komme på et af fagforeningens kurser. Og hvis de ikke kan det, har vi ikke de samme tilbud. Rådighedsvurderingen er også blevet skrappere. På den måde har vi også fået flere langtidssygemeldte”*.

Spørgsmål: *“En anden storleverandør er kommunen selv? Fra hjemmehjælp og plejehjem?”*

Sagsbehandler: *“Det er rigtigt. Og de bliver fyret efter 120 sygedage. Så de er svære at samarbejde med. Og de kvinder, der kommer derfra, de er udslidte, så de er svære”*.

I en anden kommune har man i højere grad sat kontakten til arbejdsgiveren i system. De sygemeldte får et spørgeskema, hvor de

arbejdstid, fleksibel arbejdstid, særlig indretning af arbejdspladsen eller et løntilskudsjob), og hvor tilbudet er iværksat, og personen derfor ikke længere modtager sygedagpenge. Sådanne personer vil ikke optræde i undersøgelsen.

blandt andet bliver spurgt, om de regner med at kunne vende tilbage til arbejdspladsen. En sagsbehandler siger: *“Og det er ofte, at de slet ikke er interesserede i det. Og så kan man jo spørge sig selv, hvorfor de er sygemeldt. Om det er for at komme til at prøve noget helt andet, måske. Men nogle vil gerne tilbage til arbejdspladsen, og så plejer vi godt at kunne snakke med arbejdsgiveren om det. Hvis det er en værdsat medarbejder, så kan de også godt få en anden plads. Vi bruger meget konsulenthjælp for at komme ud på arbejdspladsen for at se, om der kan laves et eller andet om, så de kan få en anden arbejdsstilling eller hjælperedskaber. Vi bruger selvfølgelig BST – og ellers bruger vi privatpraktiserende ergoterapeuter til at tage ud på arbejdspladsen. Og det fungerer. Vi bruger da også AF’s handicap-konsulent. Den sidste klient, vi havde, var sygehjælper på et plejehjem. Men vi skal reagere hurtigt. I den her sag havde klienten haft mange år med mange sygedage. Og til sidst bliver de simpelthen dødtrette af at se hende på den arbejdsplads. Kollegerne glemmer alt om sociale kapitler i overenskomsterne. De gider ikke mere. Derfor skal vi være hurtige til at gribe ind [før man når til den situation]”*.

Hvis man af lægeerklæringen kan se, at der er tale om en banal sygdom, og vedkommende regner med at vende tilbage til sin arbejdsplads, gør man ikke i første omgang mere ved sagen. Men ellers tilbyder kommunen arbejdsprøvning og prøver at få kontakt med nogle arbejdsgivere, hvor arbejdsprøvningen kan foregå. På et spørgsmål om, hvor man typisk gennemfører arbejdsprøvning, siger beskæftigelseskonsulenten: *“Vi prøver at være kreative. Jeg har ikke været her i kommunen så lang tid – men det er især private arbejdsgivere, vi bruger. Og også offentlige arbejdsgivere; det afhænger lidt af sygedagpengesagen. Hvis folk har været syge i længere tid, vil vi gerne prøve en offentlig arbejdsgiver. For de ser lidt gennem fingre med folks skavanker. Private arbejdsgivere bruger vi mest til de personer, der har været syge i kortest tid. De skal primært tilbage på arbejdsmarkedet hurtigt, og vi skal hjælpe dem med at blive der. Vi kan også bruge revalideringsinstitutioner, men der er jo pokkers lang ventetid. Så hvis vi skal vente på det, så fastholder vi folk i sygedagpenge i utrolig lang tid. Der vil vi så hellere gå ind aktivt og meget tidligere. Og vi kan gøre meget af det selv”*.

I en tredje kommune vurderer mellemlideren, at man ikke i kommunen er dygtige nok til at gå ud: *“Den kommunale sektor er meget fokuseret på at være på sit kontor. Og det er ikke nødvendigvis der, det sker. Vi skal ud til arbejdsgiveren. Og vi skal sende en person, der har tilstrækkeligt mandat. Jeg tror, vi er for tilbøjelige til at sende folk med for lav kompetence. ... Det duer ikke, at de ikke selv kan forhandle en aftale på plads, når de står ude i virksomheden. Man skal jo tænke på, at man ofte står og forhandler med direktøren for virksomheden”*.

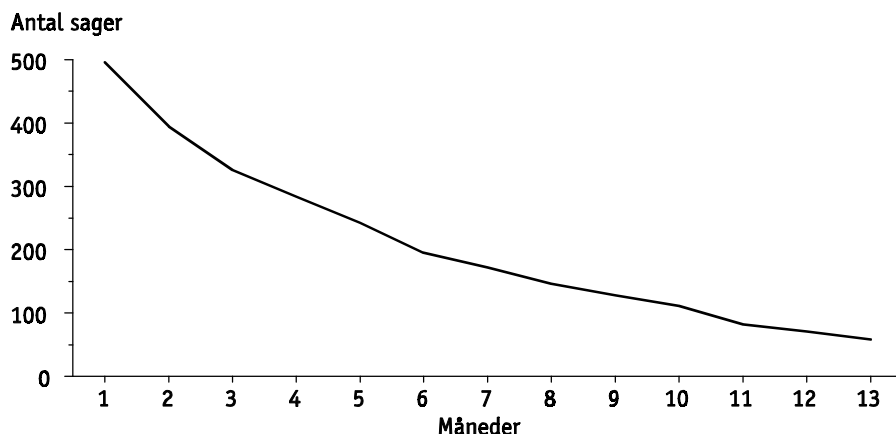
7.5. Tidlig indsats – fokus på risikogrupper

I mange kommuner er man opmærksomme på, at det er vigtigt at komme med en hurtig indsats i sygedagpengesager. Problemet med en hurtig indsats er, at jo tidligere man tager opfølgningssamtaler og tilbyder arbejdsprøvning, rygtræning eller lignende, jo flere personer skal man gøre en indsats for. Der er to problemer i det.

For det første er der simpelthen flere sygedagpengemodtagere, der skal føres samtaler med. Fra flere tidligere undersøgelser kendes

Figur 7.1.

Overlevelseskurve (antal stadig verserende sager som funktion af tid) for sygedagpengesager af mindst 10 ugers varighed i Ribe Amt 1991-93. Kilde: Eshøj, 1996, tabel 3, bilagsdiskette. Egne beregninger.

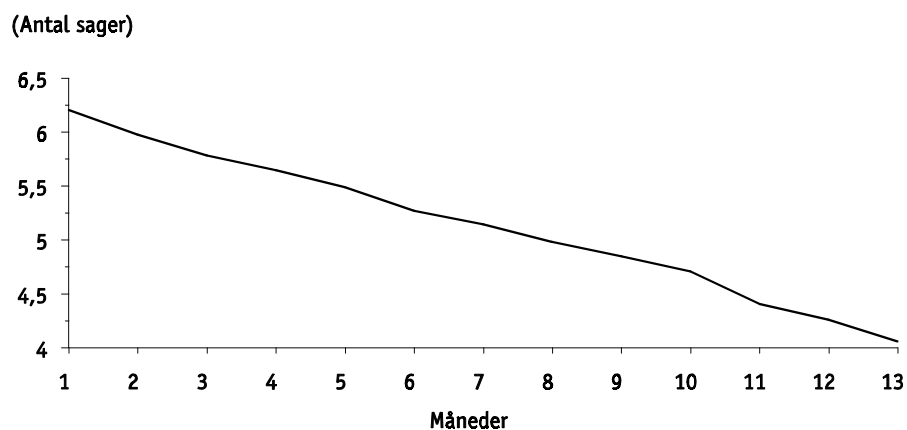


langvarige sygedagpengesagers fordeling efter varighed. Eshøj (1996, tabel 3, bilagsdiskette) angiver således en varighedsfordeling for en stikprøve af sygedagpengesager i Ribe Amt 1991-93 af mindst 10 ugers varighed. Af denne varighedsfordeling kan beregnes en overlevelsesfordeling – dvs. hvor mange af de oprindelige sager er stadig verserende sygedagpengesager efter 1, 2, 3 ... osv. måneder. En sådan fordeling er vist i figur 7.1. Af figuren ses umiddelbart, at hvis man flytter tidspunktet for, hvornår der laves opfølgning i en sygedagpengesag fra fx 3 måneder til fx 2 måneder efter sygemelding, så skal der laves opfølgning på flere sager.

Grafens form kunne tyde på, at en eksponentiel funktion ville kunne estimere overlevelseskurven pænt. Det bekræftes af figur 7.2, hvor der er lavet en transformation, idet der i stedet for antal verserende sager som funktion af tiden er vist den naturlige logaritme (\ln) til antal sager som funktion af tiden. Denne funktion er tæt på at være en linie (det skal den også være, hvis den oprindelige funktion er eksponentiel – de to funktioner er inverse og op-hæver hinanden). Det betyder, at dens hældningsgrad let kan bestemmes ved en simpel regression.

Figur 7.2.

Overlevelseskurve (naturlig logaritme til antal stadig verserende sager som funktion af tid) for sygedagpengesager af mindst 10 ugers varighed i Ribe Amt 1991-93. Kilde: Eshøj, 1996, tabel 3, bilagsdiskette. Egne beregninger.



Hældningskoefficienten til linien kan estimeres til -0,177. Går vi nu tilbage til den oprindelige funktion, finder vi, at ændringen i antal sager, hvis vi går én måned til venstre (svarende til en tidligere indsats), er $e^{0,177}=1,19$. Det må altså forventes, at der skal ske førstegangsopfølgning i omkring 20 pct. flere sager, hvis tidspunktet for denne flyttes én måned frem.

Det andet problem består i, at man ved en tidligere opfølgning i højere grad kommer til at bruge ressourcer på personer, der ikke har behov for det (personer med mere eller mindre ukomplicerede (men dog langvarige) sygdomme). Forudsætningen for at gennemføre en tidligere indsats med de samme forvaltningsressourcer er således, at man bliver bedre til at afgøre, hvilke af de sygemeldte der har behov for en indsats fra kommunens side, og hvilke der ikke har. Medarbejderne i de 10 kommuner blev spurgt, om de kunne pege på særlige grupper af personer, man allerede ved starten af sygedagpengeforløbet kunne forudsige ville modtage sygedagpenge i lang tid.

Der er ikke nogen af kommunerne, der har et egentligt formelt varslingsystem – forstået sådan, at personer, der opfylder nærmere bestemte kriterier, altid indkaldes hurtigt til en samtale. I nogle – især de mindre – kommuner kender man mange af klienterne, så man allerede via et lokalkendskab har en forhåndsfornemmelse af, hvilke personer man bør gøre en hurtig indsats over for.

Personer, der kommer fra a-kasserne, er nogen, der bliver nævnt i flere kommuner, som eksempler på personer, hvor man lige så godt kan gå i gang med det samme. En mellemlider siger: *“Det er jo helt katastrofalt med a-kasserne. Altså det er nærmest mere passiviserende at være i en a-kasse end at være i vores system. Vi kan se, at dem, der kommer fra a-kasserne og sygemelder sig, de har jo gået i årevis. De kan godt have været ude i et jobtilbud op til 3 gange. Men det er ikke som hos os. Altså i kommunen bliver man aktiveret inden for 14 dage. Det krav er der jo ikke i en a-kasse. Hvis de har gået 15 år i en a-kasse, hvad skal vi så gøre ved dem? Det er 15 år for sent. Så*

den opstramning, der har været i vores system, den skulle være hele vejen rundt.”

Spørgsmål: *“Er det en stor andel af jeres klienter?”*

Mellemlider: *“De fylder meget, for det er vanskelige sager. Det er sagstyper, der er kommet til inden for de seneste år. ... [Når ledigheden falder], så er de jo nede at rydde op i bunden. Så finder man dem, der aldrig har været i job, og også nogle, der lige har været ude i job, men ikke magter det. ... Mit indtryk er da, at a-kasserne også har strammet op – men jeg synes ikke, det er nok.”*

I en anden kommune genkender man sagstypen, og en sagsbehandler siger: *“Kommunen har tidligere været skyld i det. Tidligere kunne kommunen give et job, så det talte i a-kassen. Det var en restgruppe, vi havde. Dem gjorde vi dagpengeberettigede [gav dem et job i 6 måneder og betalte deres arbejdsløshedsforsikring i 12 måneder]. Dem får vi nu tilbage 5 år senere. Og man har godt vidst det. Det var ren spekulation. ... Det foregik indtil 1992. Det er dem, vi nu ser igen. Man kan tage journalen og se det. ... Og folk higede efter de her tilbud, for der var mere status i det, og en højere løn – og så dagpengeberettigelsen. Folk følte, det var et løft. Men i det andet system fulgte vi jo ikke op på dem. Så jeg tror, vi måske har gjort dem en bjørnetjeneste ved ikke at revalidere dem i stedet.”*

Spørgsmål: *“Og der har de gået i mange år?”*

Sagsbehandler: *“Ja, de har været igennem to jobtilbud og er i en aktivperiode nu, hvor de skal gå i gang med en uddannelse. De er tit kommet tilbage i jobtilbud der, hvor vi oprindelig sendte dem ud.”*

Spørgsmål: *“Fylder de noget?”*

Sagsbehandler: *“Ja, de gør. Der er også nogen, der er blevet fyret, og så har trukket den så lang tid som muligt – som en tidlig tilbagetrækning.”*

Det samme mønster genfinder man også i en tredje af de kommuner, hvor interviewene er gennemført. En mellemlider siger: *“Vi ser i hvert fald de sager. Og nogle gange kan vi se, at det har haft katastrofale følger for den enkelte borger, at de har været i så langvarige forløb. Som har været helt igennem passivt. Jo, jeg synes nok, vi ser folk, der kommer i puljejob eller jobtilbud, blive sygemeldt efter få*

dage, fordi de ikke kan magte at skulle gå ud på arbejdsmarkedet igen. Og så bliver de sygemeldt af en eller anden årsag – mere eller mindre reelt. Så jeg synes, de tegn, der er, er rimelig tydelige. Også når man kigger på det forløb, de har haft. ... De kom ind via kommunale projekter i sin tid. Dengang scorede kommunen gevinsten. Nu får man så produktet tilbage, hvis man kan sige det på den måde.”

Spørgsmål: *“Er det her noget, der fylder noget, eller er det bare en enkelt sag i ny og næ?”*

Mellemlider: *“Jeg synes, det fylder noget. Måske ikke så meget i mængden, men i arbejdsbyrden. For vi skal jo finde ud af, hvad vi kan stille op med de folk. Og hvis de ikke er villige til noget som helst ... nogle af dem er så dårligt tilpassede, at vi ikke kan være bekendt at sende dem på arbejdsmarkedet. Der er meget arbejde ved dem. Det kan godt være, de ikke er så mange, men de sluger tid.”*

Spørgsmål: *“Hvor stor en andel af jeres sager tror du denne sagstype udgør?”*

Mellemlider: *“Det er svært – men måske 10-20 pct.”*

Spørgsmål: *“Men arbejdsmassigt fylder de mere end det?”*

Mellemlider: *“Ja”.*

Det skøn stemmer overens med, hvad man fandt i en af de andre kommuner, hvor man i 1997 lavede en opgørelse over det. Sagsbehandleren siger: *“Vi har ikke været vant til at, når vi får en sygemeldt person fra arbejdsløshedsdagpenge, så at se på, hvor længe de har gået ledige. Men nu er skemaerne blevet lavet om, så de skal skrive, hvor lang tid de har været ledige. Hvis de har været ledige i 7 år, så kan vi lige så godt tage den samtale med det samme. De bliver syge, fordi a-kassen nu kræver aktivering af dem. Der er også nogen, vi har revalideret, og som så har puttet sig i a-kassen. ... Vi har haft et markant fald i ledigheden de sidste par år. Vi lavede en opgørelse sidste år i juni, hvor vi kunne se, at godt 20 pct. kom fra a-kassen. Det var overraskende mange. Vi kan ikke se andet, end at nu skal de have en rådighedsvurdering og aktiveres”.*

Fra spørgeskemaet til klienterne har vi oplysninger om deres seneste beskæftigelse, inden de blev sygemeldt. For alle 10 kommuner

under ét er der 15 pct. af sygedagpengemodtagerne, der var arbejdsløse, inden de blev sygemeldt.

Personer, der har modtaget arbejdsløshedsdagpenge i lang tid, er personer, de kommunale sagsbehandlere er meget opmærksomme på. Men der er også andre typer af sygemeldinger, hvor man som sagsbehandler næsten med det samme kan gætte kvalificeret på, at der bliver tale om et længerevarende forløb, hvor der højst sandsynligt vil være behov for en indsats fra kommunens side. En af dem siger: *“Vi bliver da dygtigere og dygtigere til det. Problemet er, at jeg tror ikke, der er noget sted, hvor man bruger socialrådgivere til sygedagpengeopfølgning. Vi andre er ikke uddannet til at se risikogrupper. Men selvfølgelig giver erfaringen noget.”*

I en anden kommune siger en mellemlider: *“De typiske tegn er, hvor stabil en tilknytning til arbejdsmarkedet, man har, eller om man kommer fra en a-kasse. Har man haft det samme job i mange år, så er risikoen ikke så stor. Men er man meget ind og ud af arbejdsmarkedet eller er man syg af en af de der -- altså dårlig ryg, fibromyalgi eller andre problemområder, så ringer alle alarmklokker.”* Spørgsmål: *“Kunne det give mening at lave et egentligt varslingsystem?”*

“Vi bruger det lidt”, siger en anden mellemlider i samme kommune, *“For spørgeskemaet til klienterne bliver brugt til at finde ud af, hvad det er for lægelige oplysninger, vi skal have fat i. Men man kunne da også gå over i en egentlig ... man skal bare passe på ikke at klientgøre folk, der ikke har behov for det.”*

Den første mellemlider fortsætter: *“Der er også et ressourceproblem i det. Der ligger altså en barriere i at få en sag flyttet fra en gruppe til en anden. Vi er meget belastet i vores gruppe og ikke interesseret i at få flere sager end højst nødvendigt. Så hvis man skal ind med meget tidlig indsats og udredning, så kræver det et andet system. Det kræver bedre uddannede medarbejdere og et større apparat. ... Og hvis man skal ind og lave vejledning til helt nysygemeldte, så skal man bruge paragraf 43 [revalidering], før man kan bruge de penge til det. Og det er de ikke altid berettigede til. Der har været nogle kommuner, der har kørt et forsøgsprojekt om tidlig indsats. Men når vi spurgte,*

hvordan de fik det finansieret, sagde de via revalideringsparagraffen, selvom folk egentlig ikke var berettiget til det. Så man kan sige, pengene er i hvert fald en barriere mod at gøre det.”

7.6. Varighedsbegrænsningen

Den normale varighedsbegrænsning for sygedagpenge er 52 uger inden for 18 måneder. Der er dog mulighed for at forlænge sygedagpengeperioden, hvis 1) det anses for overvejende sandsynligt, at revalidering vil blive iværksat, 2) den sikrede er under eller venter på lægebehandling, som må antages inden for en kortere tid at kunne genskabe arbejdsdygtigheden, 3) der er rejst sag om ret til erstatning efter lov om forsikring mod følger af en arbejds-skade, 4) der er indgivet ansøgning om førtidspension eller 5) særlige omstændigheder i øvrigt taler for det (Lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel, § 22). I den kvantitative undersøgelse blandt klienterne blev det påpeget, at en stor andel af personerne havde fået en sådan forlængelse af deres sygedagpenge (ca. 60 pct. i både de aktive og de passive kommuner). Forlængelsen af varigheden sker således ikke pr. automatik, men kræver en begrundet beslutning fra kommunen. I den kvantitative del af undersøgelsen blev det antaget, at hvis kommunen har styr på sin sagsbehandling, kræver det ikke en ekstraordinær indsats umiddelbart før udløbet af de 52 uger at fremskaffe grundlaget for at træffe en beslutning om, hvorvidt sygedagpengene skal forlænges eller ej. Hvis sagsbehandlingen er forløbet glat, må der efter mindre end et års forløb normalt foreligge enten en beslutning om at iværksætte revalidering (eller planer om det), kommunen må vide, om sygedagpengemodtageren er under behandling, og hvad udsigten er for helbredelse osv. Med den viden er det formodentlig relativt nemt at træffe beslutningen om forlængelse eller ej – ligesom den nødvendige dokumentation for begrundelsen for en sådan beslutning vil være til stede. Hvis man derimod ikke har styr på sagen, kunne man forvente en mere hektisk aktivitet umiddelbart før udløbet af de 52 uger. I et forsøg på at måle dette, blev klienterne spurgt, om de mente, sagsbehandlingen tog fart, da man nærmede sig 52 ugers grænsen. Der viste sig en markant forskel i besvarelsen fra klienter i de aktive kommuner og klienter i de passive kommuner.

I de aktive kommuner var der 21 pct., der mente, sagen pludselig tog fart, da man nærmede sig 52 ugers grænsen, mens det gælder for 37 pct. af klienterne i de passive kommuner. I interviewene med forvaltningerne er de blevet spurgt om, hvordan beslutningen om forlængelse træffes, og om de oplever en travlhed i perioden op til 52 ugers grænsen. I en af de større kommuner siger en af to interviewede mellemledere: *“Vi har valgt, at kompetencen til at træffe den beslutning ligger hos faggrubelederen – dvs. hos os. Der var engang, hvor sygedagpengesager bare kørte derudad mere eller mindre automatisk. Men der stilles større og større krav til os om at følge op og revalidere, sætte folk i gang osv. I dag ligger den meget tidlige opfølgning hos nogle administrativt mindede medarbejdere, som også sidder med indberetningsdelen. Jeg tænker, der [i fremtiden] skal være en eller anden form for visitationsprocedure eller – altså det skal virkelig være de dygtige, der sidder på frontlinieområdet. Det har vi allerede på kontanthjælpsområdet. Der er det de meget erfarne medarbejdere, der sidder i front. Det har vi ikke på dagpengeområdet”*.
Spørgsmål: *“Så de første, en sygedagpengemodtager møder, er HK-uddannede?”*

Mellemleder: *“Ja. Men selvfølgelig uddanner vi dem”*.

Spørgsmål: *“Men er det også dem, der har første opfølgningssamtale? Og visiterer videre til jer?”*

Mellemleder: *“Ja. Hos os sker det på et møde, hvor man tager alle de sager op. Og der er jeg med.”*

Og videre: *“I dag er det utænkeligt, at man bare forlænger en sygedagpengesag. Ikke uden en vurdering”*.

Spørgsmål: *“Altså, at der er udsigt til revalidering, førtidspension eller helbredelse?”*

Mellemleder: *“Ja. Det skal endda være overvejende sandsynligt”*.

Den anden mellemleder fortsætter: *“Og det er ikke altid, vi synes, det er realistisk. Men der er fx nogle kvinder, der har en ægtefælle med indkomst, så man ikke [efter dagpengeperiodens udløb] kan få kontanthjælp. I så fald er det en ret indgribende beslutning [at stoppe sygedagpengene]”*.

Spørgsmål: *“Betyder det så, at I sørger for at iværksætte revalidering inden 52 uger?”*

Mellemlider: *“Ja. Når vi får sagen, er det for at tænke revalidering.”*

Mellemlider: *“Men hvis man vidste, at kassen lukkede efter 52 uger, var det nok anderledes. For vi kan jo forlænge, hvis der er revalidering i udsigt.”*

Spørgsmål: *“Jeg kunne forestille mig, at I var arbejdsmæssigt presset – og jeg ville tro, at man i den situation først og fremmest sikrede sig, at klientens forsørgelsesgrundlag var i orden?”*

Mellemlider: *“Vores retningslinier er indkaldelse inden 14 dage. Og så skal der ligge en plan inden for en måned. Inden for 2 måneder skal den være iværksat”.*

Mellemlider: *“Men det er først efter, personen er bedømt revalideringsberettiget. Men man kan sige, at i vores kommune har man været meget opmærksomme på dagpengeområdet, så vi bliver fulgt tæt. Med nogle flere ressourcer kunne vi også gøre det bedre og have en bredere vifte af tilbud. Men det koster.”*

Spørgsmål: *“Hvad ville I vinde?”*

Mellemlider: *“Kortere tid på sygedagpenge. Man ville få en afklaring på et tidligere tidspunkt”.*

I en anden – mindre – kommune siger en mellemlider til spørgsmålet, om det er normalt, at sagsbehandlingen tager fart lige før 52 ugers grænsen: *“Før i tiden brugte vi meget at forlænge ud over 52 uger. Men så fik vi en sygedagpengekonsulent til at gå ind i de komplicerede sager. Så nu er min fornemmelse, at vi laver en god vurdering inden 52 uger. Det gjorde vi ikke for 1½ år siden. Der købte vi os til noget tid. Nu lykkes det os at henvise til arbejdsprøving, mens folk modtager sygedagpenge. Det her boom i sygedagpenge-sager begyndte for 2 år siden, hvor vi lige pludselig sad med 100 sager, hvor vi ikke anede, hvad der skulle ske. Men nu tror jeg, vi har fundet et niveau for det.”*

I en tredje kommune kender man godt til processen. En af sagsbehandlerne siger: *“Det kan være meget komplekse sager. Vi får administrativt et avis 2 måneder før varighedsgrænsen nås. Undervejs i forløbet kan man godt være tryk ved forløbet. Men så kan der alligevel ske et eller andet – og så bliver der panik i sidste ende, det er rigtigt. Før vi handler entydigt, er vi også nødt til at vide nøjagtigt, hvad der*

er i vejen. Jeg har været ude for at skulle have 3 lægeerklæringer for at kunne sige, at der ikke er grundlag for en revalidering – i en sag hvor personen ønskede en førtidspension. Jeg er nødt til at have den lægelige baggrund for at kunne slå i bordet. I den sag kunne jeg først lave en endelig plan efter 10 måneder.”

I en fjerde kommune siger en mellemlider: *“Jeg mener ikke generelt, vi først reagerer lige før 52 ugers grænsen. Når der er gået et halvt år, så ved vi godt, hvad det er for en sag. Så er der sat noget i gang. Det er mere, at vi måske intensiverer op til 52 ugers grænsen. For det har en rimelig gennemgribende konsekvens for folk, hvis man stopper deres sygedagpenge. Om ikke andet, så ligger der et psykisk pres hos borgeren for, hvad der så skal ske. Det kan godt give lidt panik før lukketid. Klienten får jo brevet 3 måneder før de 52 uger udløber. ... I dag har vi ganske få, der har fået en forlængelse, og nogle af dem venter på at komme i gang med en uddannelse. ... Nogle af de langvarige sygeforløb kan også skyldes, at lægerne er blevet dygtigere til at stille diagnoser. [En af de nyere diagnoser –] fx kronisk træthedssyndrom – hvad gør vi ved dem? Det er meget diffust [hvad man kan stille op]. Og det er voldsomme klager, folk med de der syndromer kommer med. Man kan dårligt lave en arbejdsprøvning en time om dagen. Det er så massivt, at det gør det svært at have med at gøre.”*

I en femte kommune siger en mellemlider: *“I hele den periode, hvor jeres undersøgelse er gennemført, har der faktisk været en flaskehals, fordi vi har overtaget integrationen af en større gruppe bosniske flygtninge. Så vi har måttet rykke nogle erfarne medarbejdere over til flygtningeområdet og så ansætte vikarer i revalideringsafdelingen. ... Det har betydning for, hvor godt man kan arbejde med dagpengeopfølgningen. For 3 år siden arbejdede vi mere intensivt med dagpengeområdet. Men det er ved at komme igen nu. Dengang var vores gennemsnitlige varighed på dagpengesagerne også korte i forhold til andre kommuner. Men så tog vi en stigning på 25-30 pct.”*

Spørgsmål: *“Kan I også mærke forskel på, i hvor høj grad der er panik før lukketid?”*

Mellemlider: *“Ja, det synes jeg godt, vi har kunnet mærke. Man nærmede sig hurtigere de 52 uger, end vi gør nu. Tingene prioriterede nogle gange sig selv. ... Vi havde i den periode en voldsom stigning i antallet af forlængelser. Vi lå ret lavt i 1995, hvor vi vel havde 20 forlængelsessager. Så steg den til 80-100, og nu er den på vej ned igen. Nu ligger den vel på omkring 60 [pr. år]”.*

7.7. Ventetider

I flere af de kommuner, der indgår i undersøgelsen, har man målsætninger om, hvor lang tid, der må gå fra en henvendelse fra en borger, til første møde kan finde sted, hvor lang tid man må bruge til at udarbejde en handlingsplan, hvornår første møde mellem sagsbehandler og klient skal finde sted, efter at sagen er blevet overdraget fra eksempelvis dagpengeafdelingen til en revalideringsmedarbejder. Der er ikke nogen af kommunerne, der har et egentligt system, hvor man måler i hvor høj grad, man i det daglige opfylder målsætningen, men i mange af kommunerne mener man alligevel at have en god fornemmelse af, i hvor høj grad det lykkes at overholde de vedtagne tidsfrister.

I en af de større kommuner siger man: *“Vi går faktisk meget op i tidsfrister. Vi har en plan, vi har valgt, vi skal køre efter. Den følger vi op på en gang i kvartalet, hvor vi bl.a. undersøger, om der er flaskehalse osv. Så snakker vi fx om ventetider på sygehuset – det er generelt en af de største flaskehalse. Et af de problemer, vi har lige nu, er, at vi oplever et boom i folk, der er psykisk syge, og at det kan vi ikke stille noget op med.”*

Spørgsmål: *“Registrerer I, hvor lang ventetiden er – hvor lang tid det tager at indhente en lægeerklæring, ventetid på at komme til samtale med en sagsbehandler osv.?”*

Mellemlider: *“Vi har sådan et rykkersystem på lægeerklæringer. Der kunne man i princippet lave en registrering af, hvor tit vi rykker for det. Men vi gør det altså ikke.”*

En anden mellemlider fortsætter: *“Vi har en løbende kontrol på tidsfrister: Vi har fx en regel om, at det første møde mellem klient og sagsbehandler skal finde sted senest 14 dage efter, at vi har fået sagen over. Når jeg får sagen, lægger jeg den ud til vores sekretær. Hvis hun*

ikke kan finde plads i rådgiverens kalender, så skal hun komme ind til mig, så jeg kan se, om jeg kan prioritere anderledes i kalenderen. Det kører rimelig godt. Desuden laver vi en månedstatistik. Vores sekretær registrerer, hvornår sagen er indløbet, hvornår de 52 uger udløber, og hvornår vi har indkaldt til første samtale. Så hvis jeg ville, kunne jeg kontrollere det. Men jeg gør det ikke."

I en mindre kommune siger man: "*Det [tidsfrister, ventetider m.v.] er ikke det store problem. Problemet er at få folk til at samle den nødvendige dokumentation sammen. Ellers skal samtalen finde sted inden for en uge.*"

Spørgsmål: "*Laver I statistik på det?*"

Sagsbehandler: "*Nej.*"

Spørgsmål: "*Så I måler ikke på, i hvor høj grad det lykkes?*"

Sagsbehandler: "*Nej.*"

Samme svar går igen i flere af kommunerne. I en anden mindre kommune svarer man: "*Vi måler ikke på ventetider. Vi sidder individuelt med sagerne. ... Det er ikke systemiseret. Men vi har noget statistik på ventetider på at komme til samtale.*"

Spørgsmål: "*Er man opmærksomme på tidsfrister og ventetider i forvaltningen?*"

Sagsbehandler: "*Det gør vi selv. Ved at være ansvarlige for vores sager. Det hjælper fx lidt at rykke for en lægeerklæring. Men vi bruger ikke vores tid på at registrere".* Og helt tilsvarende svar i endnu en mindre kommune: "*Det er ikke noget, vi bevidst tænker på. Vi har en målsætning om at reagere inden for en måned. Men i forhold til læger kan vi jo ikke gøre så meget. Jeg synes, mange af de ventetider man hører om, også opstår i den enkelte forvaltning på grund af sagsoverdragelse mv. Men vi er så lille en kommune, at jeg synes ikke, vi oplever det. Vi snakker ofte direkte med hinanden.*" Og i endnu en kommune: "*Vi måler ikke på det [ventetider m.v.]. Men vi snakker om det; hvor er der nu en hurdle, og hvad skyldes det? Vores fordel er, at vi er små. Vi har tre sagsbehandlere, og skal der ske en opfølgning, og vi skal have nogle papirer på plads, så er det rimelig nemt at sørge for det. Hvis en person fx skal revalideres, og sagen derfor overdrages, så prøver vi at sikre, at den ikke ligger et halvt år.*"

I en tredje kommune siger en mellemlider: *“Vi måler ikke på det. Men fx omkring dagpengeopfølgning kunne jeg godt have et mål om, at man ikke kunne vente mere end 14 dage på en samtale. Men det er i fremtiden. ... Det er oplagt noget af det, man både gavner sig selv og borgerne med. Det eneste sted, vi rigtig har det, er på aktiveringsområdet. Der har vi den der straksaktivering, hvor man kommer i gang førstkommande mandag efter henvendelsen til kommunen.”*

7.8. Handlingsplaner

På det tidspunkt, hvor den kvantitative del af undersøgelsen blev gennemført, havde kommunen en forpligtelse til at udarbejde handlingsplaner for kontanthjælpsmodtagere, hvis de var over 25 år og havde modtaget kontanthjælp i mere end 6 måneder. Kommunen kunne efter behov udarbejde handlingsplaner for andre grupper af klienter. Spørgeskemaundersøgelsen viste, at det kun var omkring halvdelen af de klienter, der efter lovgivningen skulle have udarbejdet en handlingsplan, der selv oplevede at have fået en sådan udarbejdet.

I en af kommunerne siger en sagsbehandler: *“De 18-25-årige har kørt meget strikte. Den måde, vi lavede handlingsplaner på for 3 år siden, var, at vi skrev et stykke papir om, hvad der skal ske. Men nu bruger vi journalen, og klienten får ikke et stykke papir.”* I en anden kommune siger en mellemlider: *“Vi laver handlingsplaner for dem over 25 år. Men det er ikke sikkert, de selv oplever det som en handlingsplan – og så kan det også godt være, vi har slappet noget af det sidste halve år, nu den nye lov er kommet, hvor man kun skal udarbejde handlingsplaner efter behov. Men vi laver altid et visitationsskema. Og det er principielt det samme som en handlingsplan. Og det gør vi for alle.”*

Spørgsmål: *“Fungerer det som en slags kontrakt? Eller er det mest et arbejdsredskab internt i forvaltningen?”*

Mellemlider: *“Det bliver nok mest et arbejdsredskab. Især når vi benytter visitationsskema. Men de over 25-årige kan vi ikke fastholde i en handlingsplan. De har alt for mange andre problemer.”*

Spørgsmål: *“Betyder det, at dem der bliver lavet en handlingsplan for, det er de bedst fungerende?”*

Mellemlider: *“Ikke nødvendigvis. Men fordi der er et krav om en handlingsplan, så bliver det nogle gange en midlertidig handlingsplan. For vedkommende kan ikke sige, hvad vedkommende vil. Der er intet mål for den plan. Sådan er det i de svære sager. Så siger vi måske: Aktivering i projekthuset. Færdig.”*

Spørgsmål: *“Kunne en handlingsplan også gå ud på at forsøge at skaffe en bestemt type job eller at tage en uddannelse?”*

Mellemlider: *“Det kunne det principielt godt, men vi er så bundet af kommunens aktiveringspolitik – at man først og fremmest vil have folk ud i det private til selvforsørgelse. Så bliver det ofte noget med arbejde og ikke så ofte uddannelse. Vi tilbyder nok ikke særlig meget uddannelse. Det er også svært at sige, at du kan godt følge den og den uddannelse, men samtidig skal du stå til rådighed for arbejdsmarkedet. Det duer ikke. Så når vi tilbyder uddannelse, så er det, fordi vi ved, de reelt ikke står til rådighed, og at det derfor kan være ligegyldigt. Og at det uddannelsesforløb i det mindste kan give dem lidt indhold. Vi gør det ikke, hvis de kan selv. Uddannelse tilbyder vi kun ved ret massive sociale problemer.”*

I nogle af de kommuner, der indgår i undersøgelsen, har man en beskæftigelsesafdeling eller tilsvarende, som har sagsbehandlingen af alle kontanthjælpsmodtagere, hvis væsentligste problem er manglende beskæftigelse, mens man i en kontanthjælpsafdeling tager sig af de personer, der ikke deltager i aktivering eller som har andre problemer end arbejdsløshed. En sagsbehandler i en kontanthjælpsafdeling i en af disse kommuner forklarer: *“Dem, vi sidder med, er de tungeste af de tungeste. Der har vi et aktiveringssted, hvor man tager hensyn til, hvor mange timer de kan holde ud at være der osv. ... Men dem, vi har, er ikke aktiverede. Vi har en struktur, hvor man bliver sat i aktivering, hvis man udelukkende har arbejdsløshed som problem. Hvis medarbejderne i beskæftigelsesafdelingen vurderer, at der er andre problemer end arbejdsløshed, så ender de hos os. De er langtidsparkerede. Så tager vi sagerne op engang imellem og ser, om der er noget at gøre. ... De personer, de har misbrugsproblemer, de er kriminelle, og der er mange års social elendighed bag. Der er mange sociale dynastier her. ... ind imellem tager jeg så mine ressourcer frem*

og prøver at koncentrere mig om én. Det kunne jo være, noget lykkedes. Hvis ikke, så kommer han nederst i bunken igen. “

I en anden kommune siger en mellemlider: *“Der bliver udarbejdet en handlingsplan for de over 25-årige efter 6 måneder (dvs. det skal vi ikke mere efter den nye lov). Sagsbehandleren underskriver den og eftersender den til klienten eller også bliver den lavet, mens klienten er her. Vi er altså rimelig obs på det. Indholdet i planen er det langsigtede mål, og hvordan man når det mål – hvad der indgår af elementer for at nå målet.”*

Spørgsmål: *“Hvad kunne en typisk handleplan gå ud på?”*

Mellemlider: *“Det kunne være at komme i beskæftigelse. Det er det stadig for mange, men det kunne også være en uddannelse. Så kan en del af planen fx være at tage noget skoleuddannelse. Ofte er de her personer nogen, der ikke har ret meget erfaring på arbejdsmarkedet. ... Vi har valgt ikke at lave vores handleplaner som en journal, men som en langsigtet plan, hvor begge parter skriver under. Jeg synes egentlig ikke, det er poppet, for når folk skriver under, så er de også mere ansvarlige”.*

I en tredje kommune gør man ikke så meget ud af det formelle i at lave en handlingsplan. En sagsbehandler siger: *“Vi gør ikke så meget i skriftlige handlingsplaner. Men hvis jeg har en længere samtale, så prøver jeg at finde et mål, så aktiveringen får et mål. Jeg har også hørt klienter sige, at de der skriftlige planer ikke batter. ... Det står jo lige så meget i journalen, som det står i en plan. Så jeg synes, at når vi nedskriver det i journalen, er det lige så godt. ... altså mit indtryk er, at for mange af de folk vi har med at gøre, der betyder papir ikke så meget.”*

I en fjerde kommune har den interviewede sagsbehandler samme indstilling: *“Vi indkalder folk til samtaler. Men det er ikke i ret mange sager, vi lavede deciderede handlingsplaner. Nu er det jo så heller ikke et krav med den nye lov. Men vi gjorde det heller ikke inden. Altså vi lavede nok planer, men ikke det man forstår ved en handlingsplan. Vi satte folk i aktivering og lavede målsætninger osv. De aftaler lavede vi.”*

Spørgsmål: *"Hvad er skillelinien?"*

Sagsbehandler: *"I begrebet handlingsplan ligger der, at det er en kontrakt, hvor både sagsbehandler og klient skriver under."*

Spørgsmål: *"Hvad var kriteriet for at lave sådan én?"*

Sagsbehandler: *"En skelen til om det var en klient, vi kunne lave en kontrakt med. ... Nogle har været nemmere at lave planer for. Jeg har haft nogle klienter, der har været uden for arbejdsmarkedet i mange år og nu måske bare skal ud og prøve et eller andet. Der har jeg ikke set noget formål med at lave en egentlig handlingsplan."*

7.9. Effektmåling

De fleste af de kommuner, der indgår i undersøgelsen benytter en relativt lang række tilbud til deres klienter – såvel sygedagpenge-modtagere som kontanthjælpsmodtagere. I interviewene er de blevet spurgt, om kommunen laver nogen form for opfølgning, der gør det muligt systematisk at vurdere, hvilke tilbud der hjælper, og hvilke der ikke hjælper. I interviewene er der blevet spurgt til, om man registrerer ophørsårsager for klienterne og har mulighed for at trække oversigter ud, så man ved, hvor stor en andel af forskellige typer klienter, der bliver selvforsørgende, kender klientstrømmen i forvaltningen (fx hvor stor en andel af kontanthjælpsmodtagerne gennemgår en revalidering, hvor stor en andel får tilkendt en førtidspension, hvor stor en andel kommer i arbejde, tager en uddannelse osv.). Effektmålingen eller erfaringsopsamlingen kunne også tage form af jævnlige undersøgelser af, hvordan det går forvaltningens klienter et antal måneder efter ophør af modtagelse af en indkomsterstattende ydelse eller undersøgelser af, hvor mange af forvaltningens klienter man ser igen – og efter hvor lang tid.

I én af de medvirkende kommuner har man for nylig lavet en undersøgelse af, hvordan det er gået kontanthjælpsmodtagere 6 måneder efter ophør af modtagelse af kontanthjælp. I de resterende kommuner sker der ikke en sådan opsamling af information.

I nogle kommuner benytter man ganske vist den mulighed, der ligger i Kommunedatas registreringssystemer for at indtaste op-

hørsårsager. Men det er ikke informationer, man i kommunerne udnytter til at skabe sig et overblik over klientstrømme ind og ud af forvaltningen. I en af kommunerne siger en mellemlider: *“Det laver vi ikke regnskab over. Vi bruger selvfølgelig de her ophørsårsager, men ellers ikke”*.

Spørgsmål: *“Det må være rart at få en eller anden feedback på, hvad der virker og hvad der ikke virker?”*

Mellemlider: *“Det kan man jo sagtens se, når de kommer igen. Vi kender vores klienter.”*

I en anden kommune siger en sagsbehandler: *“Vi lavede et dag-højskoleforløb for sygemeldte. Der var ikke nogen, der kom i arbejde af det, men rent personligt fik de mod på nogle ting. Det løftede da noget. ... Men vi har ikke generelt noget, der siger, at deroppe kan man det og det. Vi har heller ikke nogen dokumentation for, at det virker at komme på produktionshøjskole.”*

Spørgsmål: *“Ved I noget om, hvordan det går jeres klienter 2-3 år senere?”*

Sagsbehandler: *“Nej. Ikke generelt – kun dem, vi stadig har som klienter, selvfølgelig. Men de andre – de burde jo være velfungerende.”*

I en tredje kommune siger en mellemlider: *“Vi laver en statistik hver måned over tilgang, afgang og bestand. Og hvilke aktiveringer, de er i. ... I sygedagpengesager har vi stopkoder [der viser årsagen til, at udbetalingen af sygedagpenge er stoppet]. I kontanthjælpssager registrerer vi ophørsårsager for dem, der er i aktivering. Vi gør det ikke i revalideringssager.”*

Spørgsmål: *“Har du en fornemmelse af, hvad der virker?”*

Mellemlider: *“Det er meget individuelt. Det kommer an på personen. Vi har de glatte, de motiverede. De er som regel nemme. Så er der de meget tunge, hvor der mangler motivation. Det er meget individuelt, hvad der virker for dem.”*

I en fjerde kommune mener man godt, man som sagsbehandler ved, hvilke projekter der er gode, og hvilke der ikke er det. En mellemlider siger: *“Vi laver ikke undersøgelser. Men vi ved jo godt,*

hvilke projekter man ikke skal bruge. Det er generelt, det ved man godt.”

Spørgsmål: *“Hvordan?”*

En anden mellemlider svarer: *“Vi har det, vi skriver på Komma [Kommunedatas sagsstyringsystem] – hvad er ophørsårsagen. Der kan vi se, hvor mange, der går i arbejde og flytter. Men hvad der sker efterfølgende, det har vi ikke noget på. Men vi kan se, at mange af vores sager er gengangere. Dem er der mange af”.*

I denne kommune benytter man sig også af private aktiveringsprojekter. På et spørgsmål, om man så ikke på forhånd stiller krav om at vide, hvor mange klienter der efterfølgende bliver selvfor-sørgende, svarer en sagsbehandler: *“Nej. Vi kigger selvfølgelig på det, hvis de skriver det i deres salgsmateriale. Det er der jo nogle, der gør”.* Og en anden sagsbehandler fortsætter: *“Men vi gør os da erfaringer med, hvad vi synes virker. Men det er helt usystematisk. Der er nogle projekter, vi vender tilbage til, fordi vi ved, at det er hamme godt. Og når vi hører om et projekt, at klienterne siger, at det ikke er så godt, så holder vi op med at bruge det. Og så har vi jo ikke betalt nogle projektledere for tid og evighed til at køre det. Så dør det sin egen stille død. Fordi vi ikke leverer nogle klienter til det. Det er en anden form for regulering, kan man sige. ... Fordelen er, at vi meget hurtigt kan sadle om i forhold til, hvad vi har brug for.”*

7.10. Personaleomsætning

I flere af de kommuner, der indgår i undersøgelsen, har man en relativt stor personaleomsætning blandt sagsbehandlerne – og det giver i perioder vanskeligheder for forvaltningerne. Problemet består i, at de langvarige sager har lange journaler – og det tager simpelthen tid for en nyansat sagsbehandler at sætte sig ind i disse sager og at lære klienterne at kende. Det giver brud i sagsbehandlingen, som medfører døde perioder, hvor der ikke sker noget aktivt klientrettet.

I en af de mindre kommuner har man oplevet en total udskiftning af sagsbehandlerne på kontanthjælpsområdet to-tre gange på 3 år (5-6 personer har i en treårs periode på skift besat to stillinger).

En mellemlider i en af kommunerne siger: *“Der bliver nogle gange nogle døde perioder – i hvert fald har den her kommune oplevet en kæmpe udskiftning af sagsbehandlere. Jeg tror, at hvis det var de samme mennesker, der sad med sagerne, ville der ikke opstå de brud: At så er der en ny, der skal starte forfra. Og man skal først lære at sortere i, hvad klienterne siger – hvad der er rigtigt og forkert. Når vi bliver lidt mere fasttømrede og lærer de her personer at kende, så er det lettere at se, hvad der er midlet. Også i de langvarige sager.”*

Spørgsmål: *“Er det svært at overføre sagen til den næste sagsbehandler?”*

Mellemlider: *“Man kan næppe skrive sig ud af det. Det, der hjælper, er det ugentlige aktiveringsmøde, hvor vi tager sagerne op. Der kan de nye sagsbehandlere så både trække på oplysningerne fra journalen i den enkelte sag og på erfaringen fra de andre deltagere i aktiveringsmødet.”*

I en af de større kommuner siger en mellemlider: *“Det har været meget kaotisk i en periode. Det første 1½ år jeg var mellemlider, talte jeg op, at jeg havde ansat ca. 25 nye mennesker på ca. et år – til ca. 30 stillinger. Det er ikke sådan, at alle er skiftet ud, men det kunne være sådan, at der inden for et år kunne have været 5 forskellige vikarer. Og det er jo noget med kommunens orlovspolitik – som jo sådan set har været meget fin. Men så har man måske lige fået ansat en god vikar, og så kom der en fast stilling, som de så snuppede, og så kunne man starte på den næste. ... Der er mange nye i systemet – også mange helt nyuddannede socialrådgivere. I min gruppe er der måske 3 erfarne ud af 8 sagsbehandlere. De andre er nyuddannede inden for det seneste ½-1 år. Når man sidder med så nye medarbejdere, så har de jo ikke meget ballast. ... Jeg vil sige, det tager det meste af et år at komme ind i arbejdet, hvis man er helt nyuddannet. Hos os har man måske 110-120 sager. Og bare at lære dem at kende er et stort arbejde. ... Den helt superdygtige og professionelle indsats er jo svær at nå frem til med så nye folk. Så udviklingen kan godt gå lidt i stå. Men så er der altså også nogle gode folk, der kan mange ting.”*

I endnu en kommune vurderer en mellemlider, at den gennemsnitlige anciennitet blandt socialrådgiverne er omkring 2 år. I

endnu en af de større kommuner har der tilsvarende været stor udskiftning i den gruppe, der har de mindst ressourcerige konthjælpsmodtagere som klienter. I resten af kommunerne har man ikke oplevet væsentlige problemer med personaleomsætning blandt sagsbehandlerne – som en af mellemliderne gør opmærksom på: En vis udskiftning er sundt for organisationen.

7.11. Konklusion og diskussion

I den kvantitative del af undersøgelsen blev der peget på forhold, der synes at gå på tværs af, om der har været tale om en aktiv eller passiv kommune. Omvendt var der også på nogle punkter meget markante forskelle i svarene fra klienter i de aktive kommuner og klienter i de passive kommuner. Dette mønster går igen i de kvalitative interview med kommunale medarbejdere.

Når en person ansat på det private arbejdsmarked bliver syg, får vedkommende enten sygedagpenge fra kommunen, eller hvis vedkommende i stedet får fuld løn fra arbejdsgiveren, får denne udbetalt sygedagpengene fra kommunen. Det kræver dog, at arbejdsgiveren rettidigt indsender en refusionsbegæring. Tidsfristen for indsendelse af denne er således, at hvis arbejdsgiveren senest 4 uger efter den ansattes første sygedag indberetter sygeperioden til kommunen, skal refusionskravet blot være fremsat over for kommunen senest efter 3 måneder. Overholdes 4-ugers fristen ikke, skal refusionskravet være fremsat senest 6 uger efter første sygedag. Disse frister er med til at sikre, at de kommunale socialforvaltninger får kendskab til sygeperioden i så tilpas god tid, at man har mulighed for at afholde første opfølgningssamtale senest 8 uger efter første sygedag – eller sagt mere bredt, at kommunen får kendskab til sagen på et så tidligt tidspunkt, at muligheden for enten at hjælpe personen til at kunne blive på arbejdspladsen eller på anden vis at komme tilbage til arbejdsmarkedet er rimelig stor. Offentlige arbejdsgivere får ikke refusion for sygeperioden – men dækker selv udgifterne. Det betyder, at mange af de kommuner, der indgår i undersøgelsen, har problemer med overhovedet at få kendskab til de personer – som de uagtet, at personen ikke modtager sygedagpenge eller arbejdsgiveren refusion herfor, har pligt

til at yde samme hjælp som personer, kommunen har udgifter til. Flere af de interviewede sagsbehandlere og mellemledere nævner således, at man fra nogle offentlige arbejdsgivere først får besked om, at en medarbejder er syg, på et meget senere tidspunkt – eventuelt først når vedkommende er blevet fyret fra sit arbejde på grund af sygdommens varighed.

Der er meget markant forskel på, hvordan man i de 10 kommuner *samarbejder med de praktiserende læger* i området. I nogle kommuner har man ikke noget samarbejde, der rækker ud over den enkelte sag. Her er det op til den enkelte sagsbehandler i samarbejde med kommunens lægekonsulent at etablere et godt samarbejde med klientens læge. I flere af disse kommuner nævner man, at man jævnligt har problemer med, at klient og læge orienterer sig mod førtidspension, mens den kommunale sagsbehandler ikke vurderer, der er grundlag for at rette sagsbehandlingen mod en sådan – men mener, revalidering, arbejdsprøvning eller arbejdsplacering vil være det rette tilbud i det givne tilfælde. Desuden nævner man her oftere problemer med, at lægeerklæringerne ikke helt giver svar på det, sagsbehandleren har brug for at vide. Som en af de interviewede mellemledere gør opmærksom på, handler det både om, at lægen kunne være bedre orienteret om, hvilke oplysninger man i socialforvaltningen har brug for at kende, og om, at socialforvaltningens medarbejdere skal være bedre til at spørge præcist.

I andre kommuner har man sat samarbejdet med de praktiserende læger i system – og har tilsyneladende stort udbytte af det. Fra interviewene kan der peges på tre former for samarbejde med lægerne:

1. Nogle kommuner afholder jævnligt temamøder med de praktiserende læger i området.
2. I nogle kommuner mødes læge, klient og kommunal sagsbehandler om den konkrete sag. Der er to organisatoriske varianter af denne form for samarbejde: I en af kommunerne deltager de praktiserende læger i kommunale teammøder, hvor deres patienters sygedagpengesag diskuteres. I en anden kom-

mune foregår sådanne trepartsdrøftelser som en konsultation hos lægen.

3. Endelig benytter man i nogle kommuner kommunens lægekonsulent til at varetage kontakten til de praktiserende læger i området.

I de kommuner, hvor man har et formaliseret samarbejde med lægerne, er man stort set meget tilfredse med samarbejdet. Vurderingerne er, at man får bedre lægeerklæringer, at det er nemmere at tage telefonen og diskutere sagen med lægen, hvis man kender hinanden på forhånd, og at det styrker kvaliteten i den samlede indsats over for den enkelte, hvis læge og kommune er i stand til via et tættere samarbejde at arbejde på fælles målsætninger.

Et relativt hyppigt anvendt tilbud i sygedagpengesager er arbejdsprøvning, som kan foregå enten hos en offentlig eller privat arbejdsgiver, i en kommunal enhed eller på en amtslig revalideringsinstitution. Fordelen ved at benytte en revalideringsinstitution er, at man dér dels har personale, der er kvalificeret til på baggrund af personens sygdom eller handicap at vurdere, hvilke typer arbejde det er forsvarligt at afprøve vedkommende i – dels, at man gennem arbejdsprøvningen får relativt detaljerede svar på, hvad personen kan og ikke kan. Der er imidlertid meget stor forskel på, hvordan de interviewede kommunale medarbejdere vurderer de tilbud, de får fra de amtslige revalideringsinstitutioner.

Der er én ting, alle interviewede medarbejdere er enige om: Der er meget lang ventetid på de amtslige revalideringsinstitutioner. Ud fra svarene kan der dannes et billede af den typiske ventetid: Der går omkring en måned fra henvisningen til arbejdsprøvning til vedkommende person deltager i et kort introduktionsforløb. Efter dette forløb skal der vælges, hvilket eller hvilke værksteder vedkommende skal afprøves på, og herefter er der 3 - 6 måneder eller længere ventetid på rent faktisk at blive arbejdsprøvet. Skal arbejdsprøvningen ske på flere værksteder er der i nogle tilfælde

også ventetid fra afprøvningen på ét værksted til afprøvningen på et andet.

Enkelte af kommunerne har helt opgivet at benytte sig af den amtslige revalideringsinstitution i deres amt, men har i stedet selv etableret et arbejdsprøvningssted eller benytter private arbejdsgivere til det. I en af disse kommuner anfører man, at skiftet fra at bruge den amtslige revalideringsinstitution til arbejdsprøvning til at bruge egne tilbud betød, at man på et halvt år nedsatte antallet af sygedagpengesager, hvor der skete en forlængelse ud over 52 uger fra 25 - 26 personer til 7 personer.

Der er forskellig vurdering af, hvor brugbare de amtslige revalideringsinstitutioner er til arbejdsprøvning. Nogle af de interviewede peger således på, at revalideringsinstitutionerne er for urealistiske i, hvilke typer arbejde de arbejdsprøvede personer kan revalideres til. Kritikken her går på, at der eksempelvis ikke findes ret mange job, hvor indholdet er lettere kontorarbejde, og som kan bestrides af en ufaglært. Andre af de interviewede peger på, at revalideringsinstitutionerne i for høj grad peger på førtidspension. Flere af de interviewede, der kommer med denne kritik, peger dog også på, at fordi der er så lang ventetid på at blive arbejdsprøvet, er det også et meget selektivt udvalg af forvaltningens klienter, man sender til arbejdsprøvning – typisk de klienter, hvor man ikke ved, hvad man ellers skal stille op.

Der er ligeledes stor forskel på, hvordan forvaltningen tackler samarbejdet med arbejdsgivere i såvel sygedagpengesager som i kontanthjælpssager. Det er indtrykket, at de fleste kommuner har sat aktivering af kontanthjælpsmodtagere i system for de af kontanthjælpsmodtagerne, der ikke har andre problemer end arbejdsløshed. Ofte sker der her en eller anden form for hurtig aktivering, fx ved at personen starter i et af kommunens projekter, hvorefter vedkommende eventuelt sluses videre ud til jobtræning hos en offentlig eller privat arbejdsgiver.

Der er meget større variation i, hvor godt forvaltningerne samarbejder med arbejdsgivere i sygedagpengesager og i kontanthjælpsager, hvor modtageren har andre problemer end arbejdsløshed. Skillelinien går her på, i hvilket omfang man har sat det i system at finde nye arbejdsgivere, hvor der kan ske en arbejdsprøvning eller en jobtræning, og i hvilket omfang man har sat det i system at kontakte arbejdsgivere med henblik på at skabe mulighed for, at den langtidssyge fortsat kan arbejde på arbejdspladsen – eventuelt i en anden funktion eller efter en ændret indretning af arbejdspladsen. I en af kommunerne griber man det relativt systematisk an – her samarbejder man med bedriftssundhedstjenesten eller hyrer en privatpraktiserende ergoterapeut til at bistå med at vurdere mulighederne for at ændre på indretningen af arbejdspladsen eller pege på relevante hjælpemidler.

I hvert fald de større kommuner har det problem, at der er mange kortvarige sygeforløb, hvor kommunen ikke skal foretage sig andet end at registrere sagen, godtgøre, at personen er berettiget til at modtage sygedagpenge og udbetale pengene – enten til den syge eller i form af refusion til arbejdsgiveren, hvis denne udbetaler løn til den syge i sygeperioden. Det betyder, at for de kortvarige sager er en meget stor del af arbejdet af administrativ karakter. Der er derfor flere af de større kommuner i undersøgelsen, der har en dagpengegruppe, startgruppe eller økonomigruppe, der varetager sagsbehandlingen af sygedagpengesager i starten af forløbet. Når der siden skal ske andet end en administrativ indsats fra kommunens side, overføres sagen til en opfølgingsgruppe eller en revalideringsgruppe. Det betyder som udgangspunkt, at den allerførste screening af sagerne sker af HK-uddannet personale, der nok via erfaring, men ikke via uddannelse har en socialfaglig indsigt. Det kan betyde, at nogle personer overføres for sent til opfølgingsgruppen – så sent, at der kan være problemer med at nå at opstille en egentlig handlingsplan for vedkommende, inden den normale varighedsgrænse på 52 uger nås. På dagpengeområdet har mange kommuner således en modsat prioritering af medarbejderressourcerne, end man har på kontanthjælpsområdet, hvor det ofte er de bedst uddannede og mest erfarne medarbejdere, man

har siddende i første række til at modtage nye klienter. I nogle af de medvirkende kommuner er man ved, at gennemføre en omprioritering således, at man benytter socialrådgivere/socialformidlere på dagpengeområdet. I andre kommuner søger man at sikre en relevant og hurtig opfølgning ved, at alle sygedagpengesager forelægges på et teammøde, hvor der tages stilling til, om sagen skal overføres til en opfølgingsgruppe eller ej.

Mange af de medvirkende kommuner benytter et spørgeskema til nye sygedagpengemodtagere. Svarene fra disse spørgsmål benyttes til at vurdere, om der er behov for en hurtig indsats fra kommunen. Indikatorer kan være, om vedkommende regner med at kunne vende tilbage til sin hidtidige arbejdsplads, og om vedkommende forventer, der bliver behov for at søge en førtidspension. Et andet redskab er naturligvis lægeerklæringer, der vurderes af sagsbehandleren i samarbejde med kommunens lægekonsulent. Endelig er der nogen af kommunerne, der har fået udformet en dagpengeprofil, der fortæller, hvad der karakteriserer kommunens langvarige sygedagpengemodtagere – på køn, alder, uddannelse, erhverv, branche osv. Ud fra dagpengeprofilen er man i et vist omfang i stand til at pege på, hvilke typer af klienter man især skal være opmærksom på at gøre en indsats over for.

Fra interviewene kan der peges på særlige risikogrupper – forstået som forhold, erfaringen viser, giver øget risiko for, at en sygeperiode bliver lang og ofte med behov for en kommunal indsats. Først og fremmest er der peget på personer, der kommer fra a-kasserne. Det er ofte personer, der har modtaget arbejdsløshedsunderstøttelse i en årrække, men som sygemelder sig, fordi de nu får tilbudt enten en aktivering eller et arbejde af a-kassen. Kommunernes erfaring er, at der ofte er tale om personer, der egentlig har været uarbejdsdygtige, men som alligevel har modtaget arbejdsløshedsdagpenge. Når de dukker op i det kommunale system nu, skyldes det primært den faldende arbejdsløshed, som betyder, at flere svagere fungerende personer bliver tilbudt et arbejde, som det derefter viser sig, de ikke kan magte – enten fordi de rent faktisk er syge, eller fordi de har været uden arbejde i så lang tid, at de ikke

magter at gå på arbejdsmarkedet igen. Vurderingen fra samtlige kommuner er, at det er svært at finde en hjælp, der virker, til disse personer – mens det er mere varierende, hvor mange sager den enkelte kommune vurderer, der her er tale om.

En anden gruppe personer, hvor man er stærkt opmærksom på at følge op tidligt, er personer, der får stillet en af de relativt nye, men stadig lidt diffuse diagnoser – fibromyalgi, træthedssyndrom m.fl. Ryglidelser hører også til de kategorier, man som sagsbehandler ofte er opmærksom på, kan blive langvarige sager. Endvidere peges der på personens hidtidige arbejdsmarkedskarriere – en af de interviewede peger på, at det er afgørende, om vedkommende har haft en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet eller i en længere periode har været marginaliseret – enten i form af lange og/eller mange ledighedsperioder eller en arbejdsmarkedskarriere præget af mange hyppige skift af arbejde.

Omkring 60 pct. af de sygedagpengemodtagere, der medvirker i undersøgelsens kvantitative del, har fået deres sag forlænget ud over 52 uger. Det gælder for begge kommunetyper. En indikator på, om kommunen har styr på sagsbehandlingen er, om sagen pludselig tog fart, da man nærmede sig 52 ugers grænsen. Hvis alle nødvendige lægeerklæringer er indhentet og der i god tid er lagt en plan for, hvad der skal ske i den enkelte sag, er de 52 uger næppe nogen milepæl. Den nødvendige dokumentation for en forlængelse eksisterer i så fald (fortsat behandling med udsigt til helbredelse, forrevalidering iværksat, overvejende sandsynligt, at vedkommende skal revalideres eller skal have tilkendt en førtidspension). Hvis man i kommunen omvendt først på et sent tidspunkt i løbet af det første år i samarbejde med klienten går i gang med at lægge en plan for, hvad der skal ske, kan det kræve mere hektisk aktivitet i perioden umiddelbart før de 52 uger – for at vurdere, om der er basis for at forlænge perioden og i givet fald med hvilken begrundelse. En markant større andel af klienterne i de passive kommuner oplevede, at deres sag pludselig tog fart, da man nærmede sig 52 ugers grænsen. Det gælder 37 pct. mod 21 pct. i de aktive kommuner.

Der kan fra interviewene peges på en række årsager til denne forskel. For det første er der forskel kommunerne imellem på, hvor tidligt man får besked fra offentlige arbejdsgivere om sygemelding – og dermed får kendskab til sagen. Et sent kendskab til sagen betyder naturligvis, at sagsbehandlingen umiddelbart før de 52 uger udløber skal gå hurtigt. For det andet er der stor forskel kommunerne imellem på, hvor godt et samarbejde man har med de praktiserende læger. I de kommuner, hvor samarbejdet fungerer bedst, oplever man at få bedre lægeerklæringer – hvilket igen betyder, at der medgår mindre tid til at vente på lægeerklæringer, og det formentlig hurtigere vil være muligt at iværksætte sociale hjælpeforanstaltninger, hvor det er nødvendigt. For det tredje er der nogle kommuner – især de større – hvor førstebehandlingen af sygedagpengesagerne foretages af personale, der primært er administrativt uddannede, og derfor ikke nødvendigvis har uddannelsen til at foretage en screening af nye sygedagpengesager med henblik på at sortere de sager fra, hvor der er behov for en hurtig indsats fra kommunens side.

Det er kun omkring halvdelen af de kontanthjælpsmodtagere, der ifølge dagældende lov skulle have udarbejdet en handlingsplan, som selv oplever at have fået en sådan. Det skyldes, at mange kommuner ikke laver dem eller kun udarbejder dem for en del af deres klienter. Forstået sådan, at det kun er for en del af klienterne, man sætter sig ned og på et stykke papir skriver, hvad målsætningen for klientens langsigtede forsørgelsesgrundlag skal være og hvilke midler man vil anvende for at nå målet. Det betyder ikke, at der ikke arbejdes med målsætninger – de diskuteres med klienterne og journalføres. Der er imidlertid en række af de personer, der i lang tid har modtaget kontanthjælp, for hvilke sagsbehandlere vurderer det som stort set umuligt at lægge en plan.

I alle de interviewede kommuner laver man en eller anden form for produktionsstatistik over sager i socialforvaltningen. Der er opgørelser over, hvor mange sager af forskellige typer man har på en given dato – eventuelt, hvor mange man har haft i årets løb, hvor mange sager den enkelte sagsbehandler har osv. Det er sta-

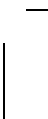
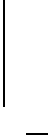
tistikker, der er helt nødvendige for at danne sig et overblik over forvaltningens udgifter til de forskellige sociale ydelser og for at tilrettelægge arbejde, fjerne midlertidige flaskehalse i sagsbehandlingen m.m. Der er kun en af kommunerne, der forsøger systematisk at lave en egentlig vurdering af effekten af sin indsats. Kommunedatas registersystemer rummer muligheden for at benytte sig af ophørsårsagskoder såvel i sygedagpengesager som i kontanthjælpssager. Men mange af de interviewede oplyser, at man ikke benytter sig af muligheden for at få et udtræk, der samlet viser, hvordan det går forvaltningens klienter. Der sker heller ikke nogen systematisk evaluering af de enkelte projekter med henblik på at vurdere eksempelvis, hvor mange af klienterne der deltager i projekter, som senere bliver selvforsørgende. En mellemlider i en af kommunerne gør opmærksom på, at det er der nogle af de private revaliderings- og aktiveringsprojekter, der laver opgørelser over – og bruger som salgsargument. Der var formodentlig ikke noget i vejen for, at kommunerne kunne gennemføre sådanne evalueringer af egne projekter, ligesom man kunne registrere, hvor mange af klienterne man så igen på et senere tidspunkt – for at få en vurdering af, hvilke af ens foranstaltninger der virker og ikke virker.

Der sker naturligvis en erfaringsopbygning hos den enkelte sagsbehandler, efterhånden som han eller hun har haft mange sager og har været i jobbet længe nok til at få en fornemmelse af, hvilke kommunale og andre projekter, der er en hjælp for klienterne, og hvilke der fungerer dårligt. Tilsvarende er det indtrykket fra interviewene, at man som erfaren sagsbehandler har et indtryk af, hvilke klienter, der kommer igen, og dermed at man som sagsbehandler er i stand til langsomt at opbygge en erfaring for, hvilke foranstaltninger der hjælper hvilke typer klienter. Der er to problemer med en sådan fremgangsmåde. Det første problem er, at vurderingen af det enkelte projekt eller den enkelte foranstaltning bliver helt usystematisk, så længe den udelukkende er baseret på den enkelte sagsbehandlers erfaring. Det andet problem er, at der – i hvert fald i nogle af de medvirkende kommuner – er en ganske stor udskiftning blandt personalet. Hvis en væsentlig del af perso-

nalet kun er ansat i samme stilling i nogle få år, vil vedkommende i en meget væsentlig del af sin ansættelse ikke have den konkrete erfaring med, hvilke projekter der er gode, og hvilke der ikke er.

Fokus på ventetider, effektmålinger, interesse for, hvilke foranstaltninger der hjælper henholdsvis ikke hjælper forvaltningens klienter m.m., har formodentlig at gøre med, i hvilken udstrækning forvaltningen er myndighedsorienteret eller serviceorienteret. Som myndighed har forvaltningen pligt til at kontrollere og godtgøre, at grundlaget for at udbetale en ydelse er til stede. I det omfang forvaltningen er forpligtet til at aktivere bestemte grupper af klienter eller på anden måde yde en bestemt service, hører det naturligvis med til en myndighedsforpligtelse at sørge for, at det sker.

Som serviceorganisation må forvaltningen også interessere sig for, om man rent faktisk yder borgerne en service, der hjælper. Tilsvarende kunne man sige, at den enkelte kommunale socialforvaltning jo opererer med et begrænset budget – og for at kunne bruge sine midler mest effektivt må man have en eller anden idé om, hvor pengene er brugt bedst. Hvis det er muligt via gode aktiverings- og revalideringsforanstaltninger at undgå eller udskyde eksempelvis en førtidspension eller anden offentlig forsørgelse, ligger der jo en besparelse at veje op mod udgifterne til foranstaltningen. Omvendt er det naturligvis spild af penge at iværksætte hjælpeforanstaltninger for personer, der godt kan klare sig selv. Der er således både tale om en vurdering af, hvor god forvaltningen er til at ramme målgruppen for en foranstaltning, og en vurdering af, hvor god foranstaltningen er.



Hvordan gik det sygedagpengemodtagerne?

De sygedagpengemodtagere og kontanthjælpsmodtagere, der blev udtrukket til at deltage i undersøgelsen i november 1997, blev søgt genfundet 8 måneder senere – i august 1998 i de samme registre. Det er desuden for hver af disse personer undersøgt, om der i løbet af det første halvår af 1998 blev truffet en afgørelse om førtidspension.

39 pct. af sygedagpengemodtagerne modtog stadig sygedagpenge i august 1998 – 8 måneder efter første gang de blev udtrukket fra sygedagpengeregisteret. Af de sygedagpengemodtagere, som i den mellemliggende periode var ophørt med at modtage sygedagpenge, havde 35 pct. ansøgt om førtidspension. Denne andel er fundet ved at kombinere oplysninger fra afgørelsesregisteret for førtidspensionssager og oplysninger om ophørsårsager i sygedagpengeregisteret. Der er således i alt 60 af sygedagpengemodtagerne, der optræder med en afgørelse i førtidspensionsregisteret for første halvår af 1998. Der er andre 25 personer, der er ophørt med at modtage sygedagpenge, fordi de enten har fået tilkendt en førtidspension eller får udbetalt forskud på en sådan. Vi ved naturligvis ikke, hvilken type førtidspension der er tilkendt de personer, der er ophørt med at modtage sygedagpenge, fordi de har fået tilkendt en førtidspension – og ikke optræder i afgørelsesregisteret for førtidspension (formodentlig fordi der kan optræde en vis tidsforsinkelse i forbindelse med indberetning fra kommunerne og nævnene til registeret). Vi ved blot, at de har fået tilkendt en pension. Om de personer, der ophører med at modtage sygedagpenge og i stedet modtager forskud på førtidspension, ved vi blot, at de har søgt om en førtidspension, og at kommunen har indstillet til en sådan – men vi kender ikke afgørelsen. Det er heller ikke sikkert, der er truffet en afgørelse for disse personer.

Tabel 8.1.

Status for sygedagpengemodtagerne 7 måneder efter første udtræk.

| <i>Status:</i> | Procent | Antal |
|------------------------------|---------|-------|
| Ansøgt om førtidspension | 22 | 85 |
| Revalidering | 8 | 30 |
| Raskmeldt | 21 | 84 |
| Ophør af andre årsager | 11 | 43 |
| Modtager stadig sygedagpenge | 39 | 152 |
| I alt | 101 | 394 |

21 pct. af sygedagpengemodtagerne er blevet raskmeldt, 8 pct. er startet på revalidering, og 11 pct. er ophørt af anden årsag (død, flyttet, faldet for den generelle varighedsbegrænsning, nægter behandling eller ophørt efter at forlængelsen af sygedagpengeperioden er udløbet), jf. tabel 8.1. Der er ikke nogen markant forskel mellem aktive og passive kommuner i andelen, der er ophørt med at modtage sygedagpenge.

8.1. Hvem fik førtidspension?

I det følgende ses på, hvordan det er gået de personer, der på sidste statutidspunkt ikke længere modtager sygedagpenge. I første omgang ses på, hvad der karakteriserer de personer, der har fået tilkendt en førtidspension eller bare har søgt en sådan. Analysen er gennemført som en logistisk regression blandt de personer, der på opgørelsestidspunktet ikke længere modtog sygedagpenge. Den afhængige variabel er modtagelse eller ansøgning om førtidspension. Som baggrundsvariabler er testet betydningen af en række grupper af variabler.

Blandt *helbredsoplysninger* er anvendt de internationalt validerede sf12-skalaer.¹⁾ Desuden indgår i analysen, om personen nogensinde har været til behandling for en psykisk lidelse eller personlige problemer, hvor ofte han eller hun inden for de sidste 4 uger har følt sig trist tilmode, om personens fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre mennesker (venner, slægtninge m.v.). Det er også målt, i hvilket omfang fysiske smerter inden for de sidste 4 uger har vanskeliggjort personens daglige aktiviteter. Endelig indgår der, om personen fysisk mener sig i stand til at påtage sig enten et arbejde på normale vilkår eller et arbejde, hvor der ikke krævedes en fuld indsats.

Der indgår også i analysen en række variabler, der beskriver, i hvilket omfang personen *misbruger eller har misbrugt narkotiske stoffer*, ligesom omfanget af indtagelse af *alkohol* er målt.

Personens helbred spiller naturligvis en afgørende rolle for behovet for at få en førtidspension. Men det er antaget, at en række *arbejdsmarkedsrelaterede forhold* også spiller ind. Her er medtaget personens anciennitet på arbejdsmarkedet (målt som antal år med lønnet arbejde siden personen fyldte 18 år), og om den sidste arbejdsgiver, vedkommende havde, var offentlig eller privat.

Uddannelsen spiller en central rolle for en persons senere placering på arbejdsmarkedet. I analyserne er medtaget såvel skolegang som erhvervsuddannelse.

Der indgår også en række variabler, der beskriver *kommunens sagsbehandling og tilbud* til sygedagpengemodtageren: Det er registreret, om personen har modtaget et aktivorienteret tilbud, vedkommendes vurdering af de tilbud han eller hun har modtaget og personens vurdering af kommunens indsats som helhed.

1) For hver person er registreret, om vedkommende på den fysiske, henholdsvis den psykiske funktionsevne scorer under 35. Middelscoren (i det amerikanske samfund) for den voksne befolkning er 50.

Endelig er medtaget personens alder, og om vedkommende er dansk eller ej, ligesom det indgår i analysen, om vedkommende bor i en aktiv eller passiv kommune. En oversigt over de variabler, der indgår i analyserne, er vist i bilag 2.

I tabel 8.2 er vist resultaterne af den logistiske regression af sandsynligheden for at få en førtidspension – eller blot at ansøge om den. I tabellen er kun gengivet de variabler, der viste sig signifikante i analysen (mens en liste over alle variabler, hvis betydning er testet, som nævnt er vist i bilag 2). I tabellen er for hver variabel først angivet odds ratioen for variabelen og derefter signifikans-

Tabel 8.2.

Resultater af analyse af forhold, der har betydning for, om sygedagpengemodtagere får tilkendt førtidspension. Analysen er gennemført som en logistisk regression.

| <i>Variabel:</i> | Odds ratio | Signifikanssandsynlighed |
|--|------------|--------------------------|
| Intercept | | 0,0009 |
| Passiv kommune | 1,5 | 0,309 |
| Personens alder | 1,04 | 0,018 |
| Studenter- eller hf-eksamen | 0,3 | 0,046 |
| Fysiske smerter har vanskeliggjort de daglige aktiviteter de sidste 4 uger "en hel del" eller "virkelig meget" | 1,9 | 0,079 |
| I stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår eller på særlige vilkår | 0,1 | 0,0001 |
| Deltaget i mindst én aktivitet siden sygemelding | 6,6 | 0,0001 |
| Mindst én aktivitet vurderes at have været den helt rigtige | 0,3 | 0,0211 |
| Dansk født og dansk som modersmål | 4,4 | 0,062 |

McFaddens $R^2=0,31$.

p for Hosmer-Lemeshow test=0,99

Analysen er gennemført som en logistisk regression med trinvis baglæns reduktion af modellen. En oversigt over de variabler, der er inkluderet i startmodellen, findes i bilag 2.

sandsynligheden. Odds ratioen kan med nogen forsigtighed fortolkes som en approksimation til oversandsynligheden for at få en førtidspension for den pågældende gruppe personer, sammenlignet med en referencegruppe (hvis der er tale om en kategoriel variabel) eller sammenlignet med personer, hvor den pågældende variabel er én enhed mindre (hvis der er tale om en kontinuert variabel).²⁾ I analysen er den variabel, der angiver, om personen bor i en aktiv eller passiv kommune tvunget med i analysen. Som det ses er variabelen ikke signifikant (eller kun signifikant på et 30 pct. niveau). Odds ratioen er 1,5, hvilket kan fortolkes således, at sandsynligheden for at få eller søge om en førtidspension er ca 1,5 gange større i de passive kommuner end i de aktive kommuner. Men der er som nævnt tale om et så usikkert resultat, at vi ikke med det foreliggende materiale kan påvise nogen forskel mellem aktive og passive kommuner.

Personens alder har – ikke overraskende – en selvstændig betydning for sandsynligheden for at få tilkendt eller ansøge om en førtidspension. Odds ratioen er 1,04, hvilket betyder, at for hvert år, personens alder øges, stiger sandsynligheden for at få tilkendt en førtidspension med omkring 4 pct. Skolegang og erhvervsuddannelse er relativt stærkt korrelerede. Når vi derfor måler, om personen har en studentereksamen/hf-eksamen eller ej, måler vi til en vis grad også, om vedkommende har en erhvervsuddannelse eller ej. Analysen viser, at det er nok at have kendskab til den ene af de to variabler. Personer, der har en studenter- eller hf-eksamen har en betydelig mindre sandsynlighed for at få en førtidspension end andre. Odds ratioen på 0,3 indikerer, at denne gruppe personer alene i kraft af studenter/hf-eksamen kun har omkring 1/3 så stor sandsynlighed for at få en førtidspension, som personer uden en sådan eksamen.

Personens helbredssituation er naturligvis afgørende for sandsynligheden for at få en førtidspension. Der er to af de testede hel-

2) Der er kun tale om en approksimativ fortolkning. Forskellen mellem odds ratioen og den faktiske oversandsynlighed er nærmere beskrevet i Gregersen (1997, bilag 1).

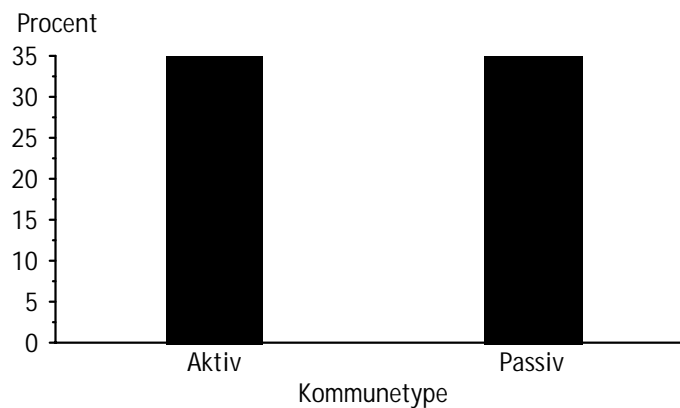
bredsvariabler, der har en signifikant betydning for sandsynligheden for at få en førtidspension. Den ene er personens angivelse af, om han eller hun har smerter, der vanskeliggør de daglige aktiviteter. Personer, der svarede, at det har de haft en hel del eller virkelig meget de seneste 4 uger, har næsten dobbelt så stor sandsynlighed for at få en førtidspension som andre. Personerne er også blevet spurgt, om de fysisk ville være i stand til at klare et arbejde på normale vilkår eller på særlige vilkår. Svaret på det spørgsmål må fortolkes som en kombination af et mål for personens helbred og personens måde at tackle sin sygdom på. I vurderingen af, om man ville være i stand til at klare et arbejde, må nemlig antages at indgå, både om fysiske sygdomme/handicap vil være en hindring herfor, og om man vurderer at kunne overkomme disse hindringer og alligevel klare et arbejde. Personer, der svarer, at de ville være i stand til at klare et arbejde enten på normale eller særlige vilkår, har kun omkring 10 pct. så stor sandsynlighed for at få en førtidspension, som personer der vurderer ikke at kunne klare et sådant arbejde.

Kommunens tilbud til de sygemeldte har en væsentlig betydning for sandsynligheden for at få en førtidspension. Der er to afgørende faktorer: Om man har deltaget i mindst én aktivitet – og om mindst en af de aktiviteter, man har deltaget i, vurderes som “den helt rigtige”. Personer, der har deltaget i mindst én aktivitet i løbet af sygedagpengeperioden, har en væsentlig større sandsynlighed for at få en førtidspension, end personer der ikke har deltaget i nogen aktivitet (6-7 gange så stor sandsynlighed). Det resultat må fortolkes som en selektionseffekt: Det er kun personer, der er i umiddelbar risiko for at få en førtidspension, som kommunen giver et tilbud om aktivitet. Hvis det omvendt lykkes at finde et tilbud, der passer helt til personens behov, således at personen vurderer, at det var det helt rigtige tilbud, nedsætter det sandsynligheden for at få en førtidspension til omkring en tredjedel.

Effekten af hver af de variabler, der har betydning for, om en sygedagpengemodtager får en førtidspension eller ej, er estimeret, når der tages højde for de andre faktorer. Det er derfor ikke sik-

kert, de enkelte variabler hver for sig viser samme mønster, som når de indgår i den samlede analyse, hvor der kontrolleres for de andre faktorer. I det følgende vil vi alligevel se på de betydende faktorer hver for sig. Kommunetypen – om sygedagpengemodtageren bor i en aktiv eller passiv kommune – er tvunget med i analysen, fordi vi er særlig interesserede i denne variabels betydning. Som vi så i den samlede analyse, var der en tendens til, at personer i passive kommuner har omkring 1,5 gange så stor sandsynlighed for at få en førtidspension, som personer bosiddende i en aktiv kommune – men at tendensen var langt fra at være signifikant. Når vi ser på denne variabels betydning (figur 8.1) isoleret, viser der sig absolut ingen forskel mellem de aktive og de passive kommuner. I begge kommunetyper er der omkring 35 pct. af de personer, der på opgørelsestidspunktet ikke længere modtog sygedagpenge, som enten havde fået tilkendt eller havde ansøgt om en førtidspension.

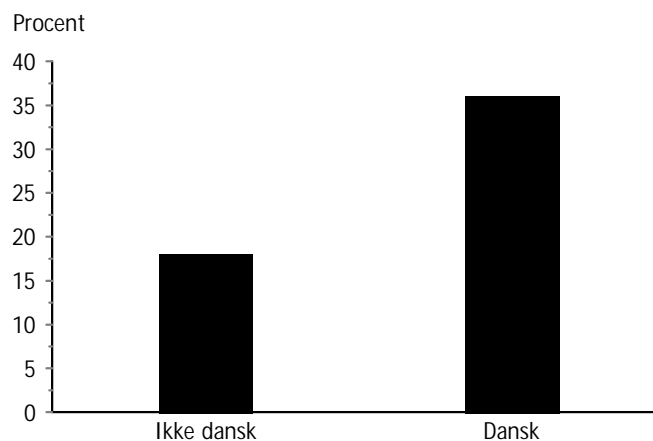
Figur 8.1.
Andel sygedagpengemodtagere der fik en førtidspension eller ansøgte om en sådan. Særskilt efter kommunetype.



Der indgår også i undersøgelsen en variabel, der karakteriserer, om den sygemeldte er dansker eller ej. I undersøgelsen er valgt ikke at bruge det juridiske begreb – statsborgerskab – men at søge at indfange et kulturelt nationalitetsbegreb. Det er derfor valgt at

karakterisere danskere som personer, der er født i Danmark og har dansk som modersmål, mens ikke-danskere er alle andre. Der er meget få personer i undersøgelsen, som afsluttede deres sygedagpengeperiode inden opgørelsen, og som ikke er danskere (17 personer). Alligevel er forskellen i andelen, der modtager en førtidspension blandt danskere og ikke-danskere signifikant i den samlede analyse. I figur 8.2 ses, at der blandt danskerne er 36 pct., der fik en førtidspension eller ansøgte om den, mens den andel kun er 18 pct. blandt ikke-danskerne.

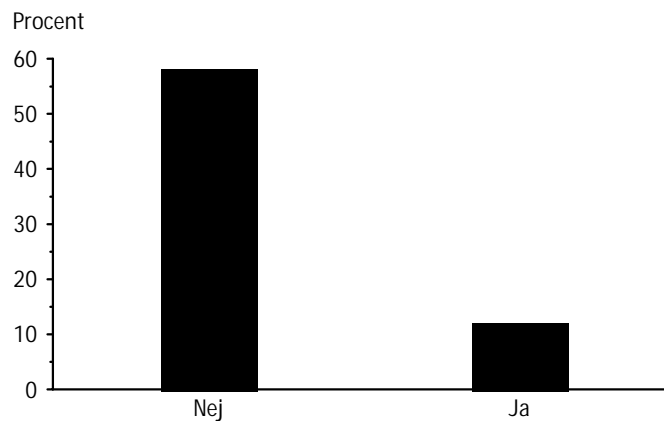
Figur 8.2.
Andel sygedagpengemodtagere der fik en førtidspension eller ansøgte om en sådan. Særskilt efter om personen er dansk eller ej (dansk født og dansk som modersmål).



Personens egen vurdering af, om han eller hun mener sig fysisk i stand til at klare et arbejde på normale vilkår eller på særlige vilkår, er en ganske god indikator på, om vedkommende på et senere tidspunkt får en førtidspension eller ej. Over halvdelen (58 pct.) af dem, der ikke mente sig i stand til at klare et arbejde, fik i løbet af de følgende 7 måneder tilkendt en førtidspension – eller ansøgte i hvert fald om det. Omvendt var der kun 12 pct. af dem, der mente sig i stand til at klare et arbejde, som efterfølgende fik eller søgte om en førtidspension, jf. figur 8.3.

Figur 8.3.

Andel sygedagpengemodtagere der fik en førtidspension eller ansøgte om en sådan. Særskilt efter om personen mener fysisk at være i stand til at klare et arbejde på normale vilkår eller et arbejde på særlige vilkår.

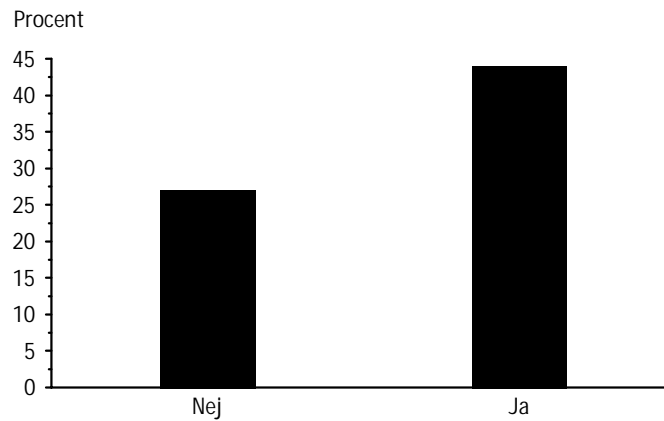


Der er som nævnt to faktorer af betydning, som beskriver kommunens tilbud til den sygemeldte. Den ene faktor – vist i figur 8.4 – er, om personen overhovedet deltog i en aktivorienteret foranstaltning eller ej. Det faktum, at 44 pct. af dem, der deltog i mindst ét tilbud – og kun 27 pct. af dem, der ikke deltog i noget tilbud – fik en førtidspension, kunne tyde på, at kommunerne generelt kun giver tilbud, hvis personen er i åbenbar risiko for at skulle have en førtidspension. Det må altså antages, at det er de i arbejdsmarkedsmæssig henseende svageste sygedagpengemodtagere, der får tilbud om forskellige aktiviteter fra kommunen. Omvendt er det vigtigt, at tilbudet passer til personens behov. Hvis det lykkes kommunen at give personen et tilbud om en aktivitet, som personen vurderer som det helt rigtige, nedsætter det sandsynligheden for at få en førtidspension ganske betydeligt.

Figur 8.5 viser andelen, der fik en førtidspension blandt henholdsvis dem, der modtog mindst ét tilbud, de vurderede som det helt rigtige for dem, og dem der ikke gav sådan en vurdering. Der er – i overensstemmelse med resultaterne fra den samlede analyse

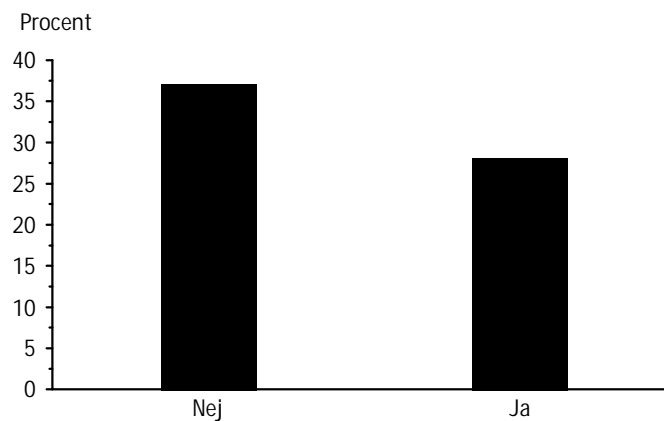
Figur 8.4.

Andel sygedagpengemodtagere der fik en førtidspension eller ansøgte om en sådan. Særskilt efter om personen i løbet af sygedagpengeperioden deltog i mindst ét aktivorienteret tilbud.



Figur 8.5.

Andel sygedagpengemodtagere der fik en førtidspension eller ansøgte om en sådan. Særskilt efter om personen i løbet af sygedagpengeperioden vurderede mindst ét tilbud som "det helt rigtige".

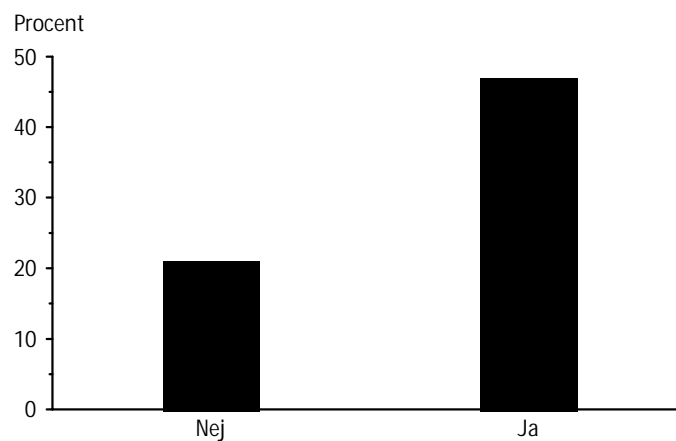


– markant forskel på de to grupper. Blandt dem, der vurderede mindst et af de modtagne tilbud som helt rigtigt, var der kun 28 pct., der senere fik en førtidspension, mens det gælder for 37 pct. af dem, der ikke gav en sådan vurdering.

De personer, der har smerter i et omfang, så de vurderer, at disse har vanskeliggjort deres daglige aktiviteter en hel del eller virkelig meget inden for de seneste 4 uger inden interviewet, har en væsentlig større sandsynlighed for at få en førtidspension end andre. I gruppen af personer med mange smerter har næsten halvdelen (47 pct.) siden fået tilkendt en førtidspension eller ansøgt om det. Det gælder kun for 21 pct. i gruppen, der slet ikke eller kun i mindre grad har smerter, der har vanskeliggjort de daglige aktiviteter, jf. figur 8.6.

Figur 8.6.

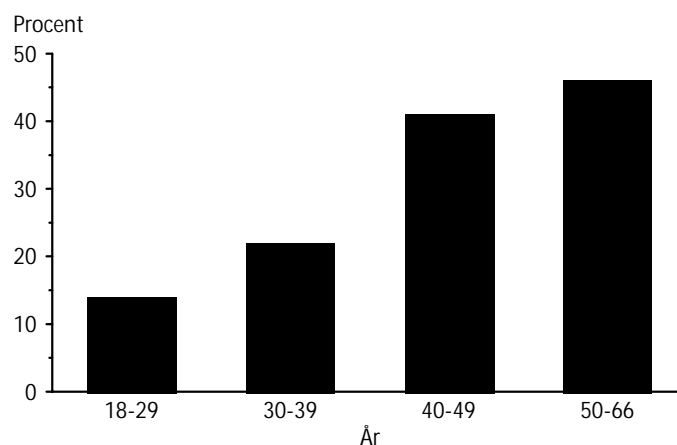
Andel sygedagpengemodtagere der fik en førtidspension eller ansøgte om en sådan. Særskilt efter om fysiske smerter de sidste 4 uger "en hel del" eller "virkelig meget" har vanskeliggjort de daglige aktiviteter.



Alderen har en selvstændig betydning for sandsynligheden for at få en førtidspension. Det er på en måde ikke overraskende. Det er velkendt, at sandsynligheden for at få en førtidspension alt andet

lige stiger med alderen – i hvert fald frem til 60-årsalderen. Alder hænger sammen med en række faktorer som anciennitet på arbejdsmarkedet, med skole- og erhvervsuddannelse og dermed med eksponeringen for faktorer, der kan betinge et behov for en førtidspension (nedslidning, forringet helbred, ulykker m.v.). Der er imidlertid en række faktorer, der mere direkte måler sådanne faktorer inkluderet i startmodellen i den samlede analyse. Alligevel er det alderen, der viser sig at være signifikant og at eliminere de andre faktorer, når vi tager højde for denne. Ud over at være en god indikator for anciennitet på arbejdsmarkedet er en persons alder også med til at bestemme mulighederne for igen at komme i arbejde, hvis man har været væk fra arbejdsmarkedet på grund af sygdom – og det kunne bidrage til en forklaring af, hvorfor alderen i sig selv viser sig signifikant. I figur 8.7 er vist andelen af de sygemeldte (som afsluttede deres sygedagpengeperiode inden august 1998), som fik en førtidspension i forlængelse af sygedagpengeperioden, opdelt efter alder. Blandt de 18-29-årige var der 14 pct., som fik en pension eller ansøgte om én. Andelen stiger nogenlunde proportionalt med alderen. Andelen, der fik en pension, er således 22 pct. blandt de 30-39-årige, 41 pct. blandt de 40-49-årige og 46 pct. blandt de 50-66-årige.

Figur 8.7.
Andel sygedagpengemodtagere, der fik en førtidspension eller ansøgte om en sådan. Særskilt efter personens alder.



8.2. Hvem startede på revalidering?

Af de 309 sygedagpengemodtagere, der indgik i den oprindelige stikprøve, var der 242, der inden august 1998 var ophørt med at modtage sygedagpenge. Heraf var der 12 pct., der var startet på en revalidering. I dette afsnit ses der på, hvad der karakteriserer de personer, der startede på revalidering.

Analysen er gennemført på samme måde som analysen af overgang til førtidspension. Det er også som udgangspunkt de samme variabler, der er testet for betydningen af. Resultatet ses i tabel 8.3.

Det har signifikant betydning, om man bor i en aktiv eller passiv kommune. Sandsynligheden for at starte et revalideringsforløb er kun omkring en tredjedel så stor i de passive kommuner som i de aktive kommuner (odds ratioen er 0,33), når man kontrollerer for

Tabel 8.3.

Resultater af analyse af forhold der har betydning for, om sygedagpengemodtagere starter på revalidering. Analysen er gennemført som en logistisk regression.

| <i>Variabel:</i> | Odds ratio | Signifikanssandsynlighed |
|---|------------|--------------------------|
| Intercept | | 0,0176 |
| Passiv kommune | 0,33 | 0,0299 |
| Lang erhvervsuddannelse | 0,17 | 0,0258 |
| Mindst én statuserklæring indhentet | 3,48 | 0,018 |
| Mindst et helt negativt udsagn om kommunens sagsbehandling | 0,39 | 0,059 |
| Mindst én aktivitet vurderes at have været den helt rigtige | 7,12 | 0,0001 |
| Personens alder | 1,74 | 0,030 |
| Kvadratet på personens alder | 0,99 | 0,023 |

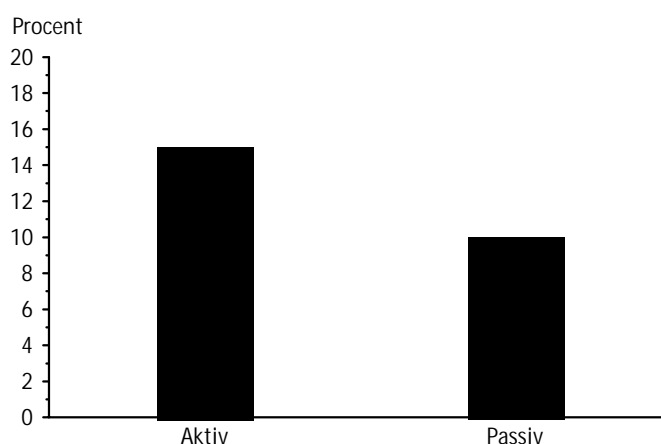
McFaddens $R^2=0,30$.

p for Hosmer-Lemeshow test=0,10

Analysen er gennemført som en logistisk regression med trinvis baglæns reduktion af modellen. En oversigt over de variabler, der er inkluderet i startmodellen, findes i bilag 2.

de andre faktorer, der er vist i tabellen. Denne forskel viser sig også, når vi ser på kommunetypens betydning isoleret, som det er illustreret i figur 8.8, hvor det ses, at 15 pct. af de personer, der ophørte med at modtage sygedagpenge i de aktive kommuner, er startet på et revalideringsforløb, mens den andel kun er 10 pct. i de passive kommuner.

Figur 8.8.
Andel sygedagpengemodtagere der er startet på en revalidering.
Særskilt efter kommunetype.

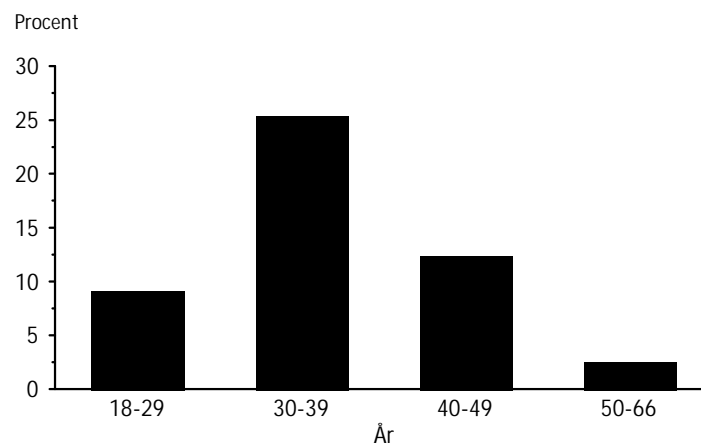


Revalidering iværksættes hyppigst hverken til de helt unge eller til de ældre sygedagpengemodtagere, men især til midtergruppen i alderen 35-45 år. Af tabel 8.3 ses, at både alderen og kvadratet på alderen har betydning for sandsynligheden for, at en revalidering iværksættes. Det betyder, at denne sandsynlighed ikke er en lineær funktion af alderen, men bedre kan beskrives ved et 2. grads polynomium – som vi ville forvente ud fra tidligere undersøgelser.

Af det negative fortegn til parameteren (svarende til en odds ratio under 1) til kvadratet på alderen ses, at der er tale om en parabel med et toppunkt (benene vender nedad). Den estimerede funktions toppunkt kan beregnes til omkring 38 år, svarende til at personer i denne alder har den største sandsynlighed for at starte et

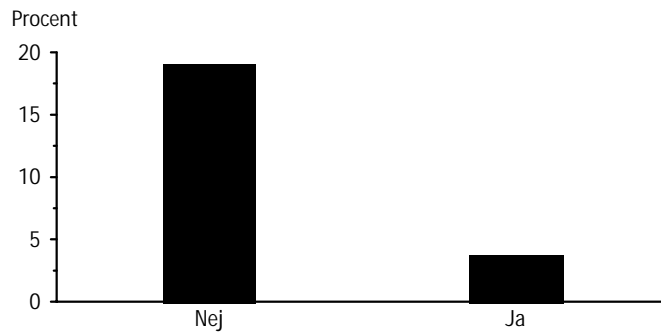
revalideringsforløb, mens sandsynligheden gradvist falder til begge sider af denne alder. Sammenhængen ses også af den grafiske illustration af sammenhængen mellem alder og andel, der starter et revalideringsforløb, som er vist i figur 8.9. Det resultat stemmer overens med en tidligere undersøgelse af revalidering, som viste, at revalidering især iværksættes til personer under 45 år (Gregersen, 1993:67f).

Figur 8.9.
Andel sygedagpengemodtagere der er startet på en revalidering. Særskilt efter personens alder.



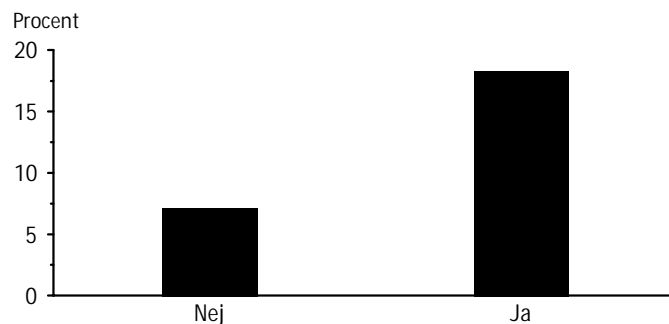
Revalidering gives sjældent til personer med en lang erhvervsuddannelse. Odds ratioen på 0,17 kan fortolkes således, at det at have en lang erhvervsuddannelse nedsætter sandsynligheden for at gå i gang med en revalidering til omkring en femtedel set i forhold til personer, der ikke har en lang erhvervsuddannelse. Ser vi på denne variabels betydning isoleret, ses, at blandt dem uden en lang erhvervsuddannelse, er der 19 pct., der er startet på et revalideringsforløb, mens det kun er tilfældet for 4 pct. blandt dem med en lang erhvervsuddannelse, jf. figur 8.10.

Figur 8.10.
Andel sygedagpengemodtagere der er startet på en revalidering.
Særskilt efter om personen har en lang erhvervsuddannelse.



Det kan ikke overraske, at personens fysiske helbredstilstand og varigheden af sygdommen/lidelsen har betydning for kommunens villighed til at påbegynde et revalideringsforløb – hvilket slår igennem ved betydningen af indhentelse af mindst én statuserklæring. I de tilfælde, hvor der er indhentet mindst én statuserklæring, er sandsynligheden for, at der iværksættes et revalideringsforløb godt 3 gange så stor som ellers, hvilket formodentlig blot er udtryk for, at statuserklæringen indhentes mere eller mindre som en standard, før beslutningen om at iværksætte revalidering træffes.

Figur 8.11.
Andel sygedagpengemodtagere der er startet på en revalidering.
Særskilt efter om der er indhentet mindst én statuserklæring.

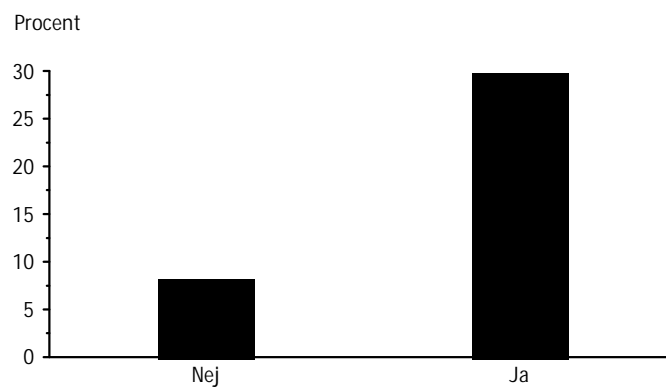


Af figur 8.11 ses, at 18 pct. af dem, hvor der er indhentet mindst en statuserklæring, er startet på et revalideringsforløb, mens det kun er tilfældet for 7 pct. af dem, hvor der ikke er indhentet nogen statuserklæring.

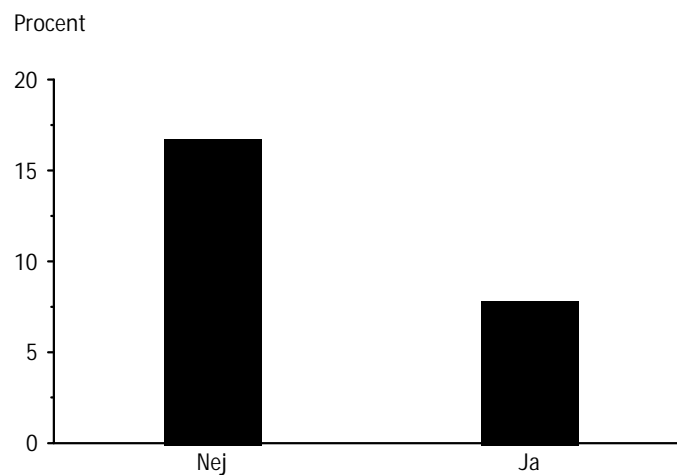
Den enkelte persons vurdering af kommunens indsats som helhed under sygedagpengeforløbet og af de enkelte tilbud specifikt afhænger naturligvis af, i hvilken udstrækning personen mener at have fået udbytte af tilbudene. Denne sammenhæng er dokumenteret ved betydningen af to variabler. For det første, om personen har modtaget mindst ét tilbud, hvor vedkommende har vurderet, at dette tilbud var "det helt rigtige". Personer, der har modtaget et sådant tilbud, har omkring 7 gange så stor sandsynlighed for at starte et revalideringsforløb, som personer der ikke har fået noget tilbud, de virkelig syntes passede til deres behov. For det andet er personens vurdering af kommunens indsats som helhed målt i stillingtagen til en række udsagn. Personer, der på mindst én af disse dimensioner vurderer kommunens indsats helt negativt, har under halvt så stor sandsynlighed for at starte et revalideringsforløb, jf. tabel 8.3. Det er naturligvis svært at vide, hvilken vej årsagssammenhængen går. Ganske vist stammer svarene på spørgsmålene fra spørgeskemaundersøgelsen, der blev gennemført i december 1997 og januar 1998 – umiddelbart efter første udtræk, hvor alle personerne stadig modtog sygedagpenge, mens ophør af sygedagpenge og eventuel iværksættelse af revalidering er senere hændelser. Men det kan ikke udelukkes, at iværksættelse af revalidering allerede har været diskuteret eller aftalt på tidspunktet for interviewenes gennemførelse, og at dette har haft indflydelse på personernes vurdering af kommunens indsats. Uanset om årsagen går den ene eller den anden vej, må konklusionen imidlertid være en understregning af betydningen af, at de tilbud, kommunen giver den enkelte sygedagpengemodtager, faktisk passer til personens behov. De to sammenhænge er illustreret i figur 8.12 og 8.13. Næsten hver tredje (30 pct.) af dem, der synes, de har fået mindst ét tilbud, der lige præcis passede til deres behov, er senere startet på et revalideringsforløb, mod 8 pct. af dem, der ikke mener at have fået et tilbud, der passede helt til deres behov. Om-

vendt er der kun 7 pct. af dem, der på mindst én dimension vurderede kommunens indsats helt negativt, der senere startede et revalideringsforløb, mens det gælder for 17 pct. af dem, der ikke på nogen dimension vurderede kommunens indsats helt negativt.

Figur 8.12.
Andel sygedagpengemodtagere der er startet på en revalidering. Særskilt efter om personen har modtaget mindst ét tilbud, vedkommende vurderer som "det helt rigtige".



Figur 8.13
Andel sygedagpengemodtagere der er startet på en revalidering. Særskilt efter om personen har mindst én helt negativ vurdering af kommunens tilbud under sagsforløbet.



Hvordan gik det kontanthjælpsmodtagerne?

I modsætning til sygedagpengemodtagerne findes der i kontanthjælpsregisteret ikke nogen oplysninger om årsager til, at en person ophører med at modtage kontanthjælp.¹⁾ Da kontanthjælpsregisteret er samkørt med afgørelsesregisteret for førtidspensions-sager, er det dog muligt at registrere, hvilke af kontanthjælpsmodtagerne der i løbet af det første halve år af 1998 har fået truffet en afgørelse vedrørende førtidspension. Af bevillingskoderne kan endvidere ses, om vedkommende modtager en forrevalidering eller en revalidering. Status for de kontanthjælpsmodtagere, der blev udtrukket i december 1997 (og som på daværende tidspunkt havde modtaget kontanthjælp i mindst 8 måneder), er opgjort i august måned 1998.

I figur 9.1. er vist status pr. august 1998 for de kontanthjælpsmodtagere, der blev udtrukket i december 1997. Af de 309 kontanthjælpsmodtagere har 13 søgt førtidspension. Af disse 13 personer fik 11 afslag på ansøgningen, og 2 fik tilkendt en forhøjet almindelig pension. 18 af kontanthjælpsmodtagerne er startet på en forrevalidering (dvs. var i gang med en forrevalidering på opgørelsestidspunktet i august 1998), mens andre 13 personer var i gang med en erhvervsmæssig revalidering på opgørelsestidspunktet. Endelig er der 63 personer, der i øvrigt er ophørt med at modtage kontanthjælp, og 202 personer af de 309 modtog stadig kontanthjælp i august 1998.

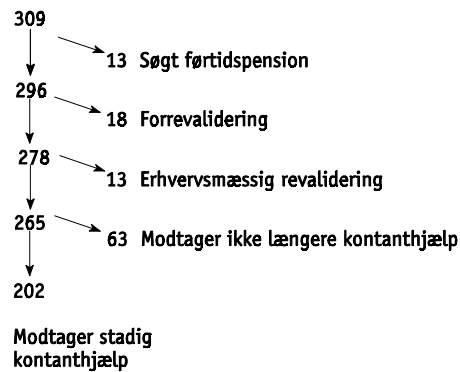
I det følgende ses på, hvad der karakteriserer de personer, der ikke længere modtager kontanthjælp. Det er naturligvis en svaghed ved materialet, at det eneste, vi ved om disse personer, er, at de ikke i

1) Sådanne oplysninger om årsager til ophør af modtagelse af kontanthjælp findes fra 1. juli 1998 – men altså ikke for de personer, der medvirker i denne undersøgelse.

det forløbne halve år har fået truffet en afgørelse vedrørende pension og ikke er i gang med forrevalidering eller en erhvervmæssig revalidering – blot, at de ikke længere modtager kontanthjælp. De 63 personer kan således være kommet i arbejde, have påbegyndt en uddannelse på normale vilkår, være overgået til forsørgelse af ægtefælle, eller de kan være døde eller flyttet ud af kommunen.

Figur 9.1.

Status pr. august 1998 for de 309 kontanthjælpsmodtagere der i december 1997 havde modtaget kontanthjælp i mindst 8 måneder.



Da der er så få personer i materialet, der har søgt førtidspension, er på forrevalidering eller i gang med en erhvervmæssig revalidering, er der ikke gennemført særskilte analyser for disse grupper. Den følgende analyse er gennemført alene blandt de 265 personer, der enten er ophørt med at modtage kontanthjælp, eller som stadig modtager kontanthjælp (og ikke har søgt pension eller er i gang med forrevalidering eller erhvervmæssig revalidering).

I analysen, af hvem der ophørte med at modtage kontanthjælp, er der medtaget stort set de samme variabler, der også indgik i analysen af sygedagpengemodtagerne i forrige kapitel. Det gælder oplysninger om skole- og erhvervsuddannelse, om familiestatus, tid-

ligere relation til arbejdsmarkedet, kommunens tilbud og persons vurdering af tilbudene og af kommunens indsats som helhed og oplysninger om helbred. I bilag 2 er vist en liste over samtlige de variabler, der indgår i analysen. Analysen er gennemført som en logistisk regressionsanalyse af, om personen er ophørt med at modtage kontanthjælp eller ej. Resultaterne fra analysen er vist i tabel 9.1.

Kommunetypen er tvunget med i analysen. Odds ratioen på 1,2 kan fortolkes således, at kontanthjælpsmodtagere i passive kommuner har omkring 20 pct. højere sandsynlighed for at ophøre med at modtage kontanthjælp end kontanthjælpsmodtagere i aktive kommuner. Resultatet er dog meget langt fra at være signifikant (sandsynligheden for at finde denne odds ratio – eller en, der er længere væk fra 1 – er 56 pct.). Konklusionen må således

Tabel 9.1.

Resultater af analyse af forhold der har betydning for, hvilke kontanthjælpsmodtagere der er ophørt med at modtage kontanthjælp. Analysen er gennemført som en logistisk regression.

| <i>Variabel:</i> | Odds ratio | Signifikanssandsynlighed |
|--|------------|--------------------------|
| Intercept | | 0,79 |
| Passiv kommune | 1,20 | 0,56 |
| Fysisk helbred eller følelsesmæssige problemer har inden for de sidste 4 uger gjort det vanskeligt at se andre mennesker (besøge venner, slægtinge osv.) | 0,30 | 0,0081 |
| Har på et eller andet tidspunkt misbrugt alkohol, stoffer el. lign. | 2,36 | 0,028 |
| Fysisk helbredsindeks mindre end 35 | 0,35 | 0,043 |
| Personens alder | 0,965 | 0,027 |

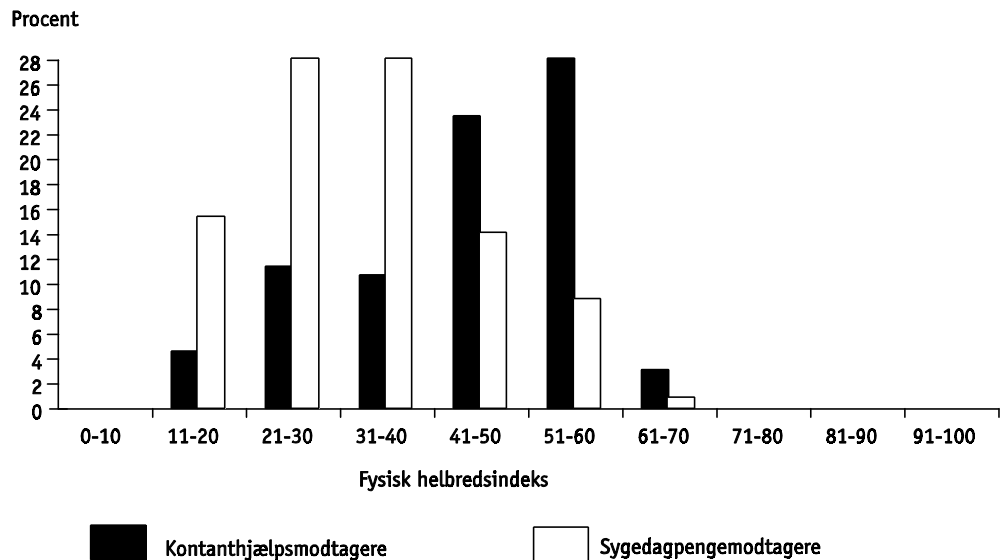
McFaddens $R^2=0,09$.

p for Hosmer-Lemeshow test=0,13

Analysen er gennemført som en logistisk regression med trinvis baglæns reduktion af modellen. En oversigt over de variabler, der er inkluderet i startmodellen, findes i bilag 2.

Figur 9.2.

Fysisk helbredsindex for henholdsvis sygedagpengemodtagere og kontanthjælpsmodtagere.



være, at vi ikke målt på denne måde kan påvise nogen forskel mellem de aktive og de passive kommuner i sandsynligheden for at forlade kontanthjælpssystemet.

Der er – som forventet – stor forskel på kontanthjælpsmodtagernes og sygedagpengemodtagernes helbred. Måler vi på et indeks (0-100) konstrueret på baggrund af 12 spørgsmål, finder vi, at den gennemsnitlige score er på 46, hvilket ikke er langt under befolkningens gennemsnit.²⁾ For sygedagpengemodtagerne er den gennemsnitlige score på 32,5 – altså væsentligt under gennemsnittet for hele befolkningen. Alligevel ses af figur 9.2, at der er en væsentlig andel af kontanthjælpsmodtagerne, der har en lav score på indekset for fysisk helbred.

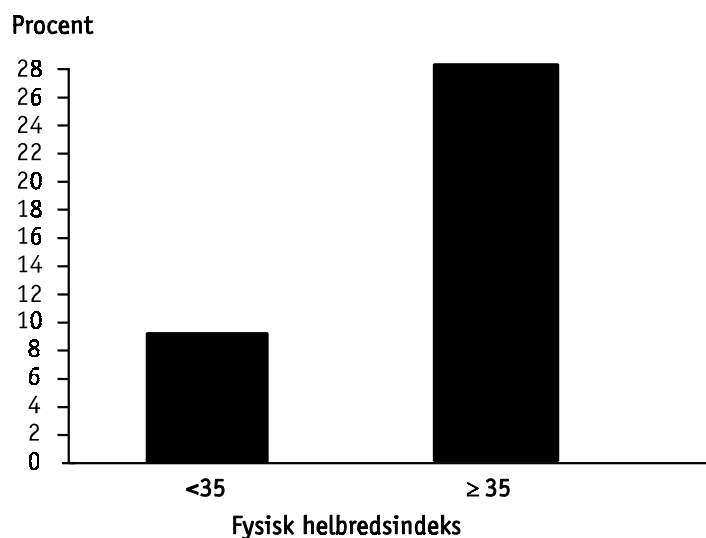
Det fysiske helbred synes at have en væsentlig betydning for, om kontanthjælpsmodtagerne ophører med kontanthjælp eller ej. Af

2) Gennemsnittet for befolkningen (den amerikanske) er en score på 50.

tabel 9.1 ses, at en kontanthjælpsmodtager, der scorer under 35 på det fysiske helbredsindex, har kun omkring 1/3 så stor sandsynlighed for at ophøre med denne hjælp (odds ratioen er på 0,35) – og denne faktor er signifikant på 5 pct. niveau. Af figur 9.3 ses, at blandt de kontanthjælpsmodtagere, der har en score under 35 på det fysiske helbredsindex, er der kun 9 pct., der i perioden fra december 1997 til august 1998 er ophørt med at modtage kontanthjælp. Blandt kontanthjælpsmodtagerne med et bedre helbred er andelen, der ophørte med at modtage kontanthjælp, 28 pct.

Figur 9.3.

Andel kontanthjælpsmodtagere der på statustidspunktet august 1998 var ophørt med at modtage kontanthjælp. Særskilt efter om de scorer under 35 på fysisk helbredsindex.

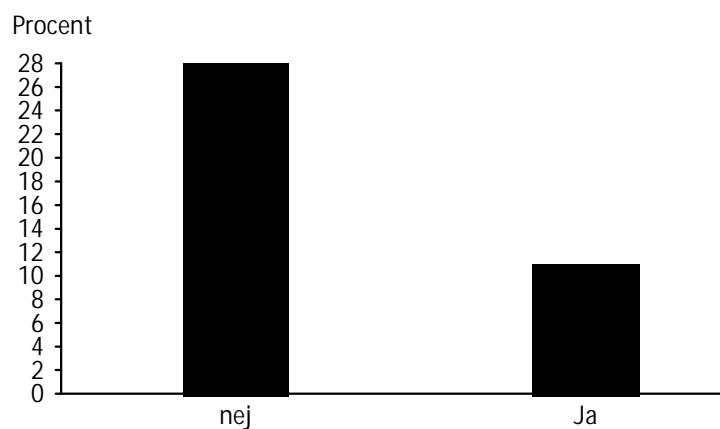


Helbredet er også målt på, om personen føler sig begrænset i sine sociale aktiviteter på grund af enten det fysiske helbred eller på grund af følelsesmæssige problemer. Blandt dem, der ikke på denne måde har følt det vanskeligt at se andre mennesker, er der 28 pct., der er ophørt med at modtage kontanthjælp. I gruppen af kontanthjælpsmodtagere, som i et eller andet omfang har følt det

vanskeligt at se andre mennesker, er der kun 11 pct., der er ophørt med at modtage kontanthjælp, jf. figur 9.4.

Figur 9.4.

Andel kontanthjælpsmodtagere der på statustidspunktet august 1998 var ophørt med at modtage kontanthjælp. Særskilt efter om det fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer inden for de sidste 4 uger har gjort det vanskeligt at se andre mennesker (venner, slægtninge m.v.)

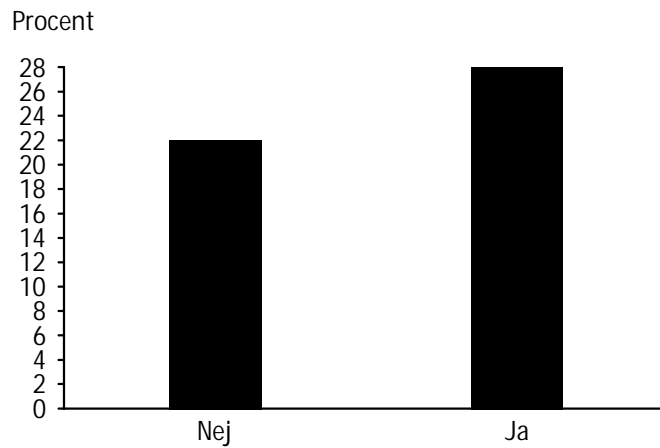


Hvis vi fortolker ophør af modtagelse af kontanthjælp som at blive selvforsørgende, er det noget overraskende, at personer, der på et eller andet tidspunkt har misbrugt alkohol, stoffer el. lign., i langt højere grad end andre er ophørt med at modtage kontanthjælp (jf. tabel 9.1). Man skal imidlertid huske på, at de personer, der er ophørt med at modtage kontanthjælp i de 10 udvalgte kommuner, er en blanding af personer, der er blevet selvforsørgende, og personer der er flyttet til en anden kommune (eller eventuelt døde). En nærliggende fortolkning – men der kan kun være tale om et kvalificeret gæt – er, at når sandsynligheden for at ophøre med at modtage kontanthjælp er næsten dobbelt så stor i denne gruppe som i gruppen af kontanthjælpsmodtagere, der ikke har haft et misbrug, skyldes det, at misbrugere hyppigere skifter kom-

mune end andre. Odds ratioen for personer, der har haft et misbrug, er 2,4, hvilket må fortolkes således, at denne gruppe har omkring dobbelt så stor sandsynlighed for at ophøre med at modtage kontanthjælp (i den kommune) end andre. Den store forskel går ikke helt igen, når vi ser på denne oplysning isoleret, som det er gjort i figur 9.5. Blandt personer, der har haft et misbrug, er der 29 pct., der er ophørt med at modtage kontanthjælp, mens det kun gælder for 22 pct. af de kontanthjælpsmodtagere, der ikke har haft et misbrug.

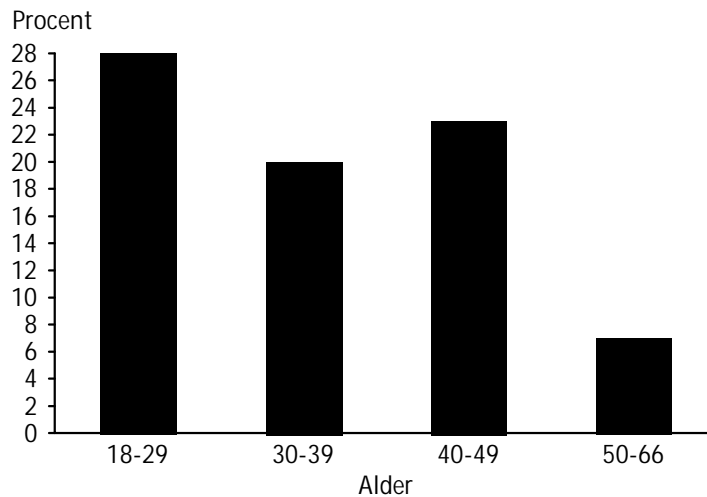
Alderen har også betydning for sandsynligheden for at ophøre med at modtage kontanthjælp – på den måde at sandsynligheden for at ophøre med at modtage kontanthjælp falder svagt med alderen. Odds ratioen for alder er 0,965, svarende til, at sandsynligheden for at ophøre med at modtage kontanthjælp falder med ca. en faktor 0,965 pr. år.

Figur 9.5.
Andel kontanthjælpsmodtagere der på statustidspunktet august 1998 var ophørt med at modtage kontanthjælp. Særskilt efter om de nogensinde har været ude i et misbrug af alkohol, stoffer el. lign.



Ser vi på alderen isoleret set, kan vi genfinde denne tendens, jf. figur 9.6. Af figuren kunne det tyde på, at der, ud over et generelt fald i sandsynligheden med stigende alder, sker et markant skift omkring 50-årsalderen, hvor det synes, som om sandsynligheden for at ophøre med at modtage kontanthjælp falder mere markant. Indtil omkring 50 år er sandsynligheden for at ophøre med at modtage kontanthjælp 20 pct. eller mere, mens den for personer over 50 år kun er omkring 7 pct.

Figur 9.6.
Andel kontanthjælpsmodtagere der på statustidspunktet august 1998 var ophørt med at modtage kontanthjælp. Særskilt efter alder.



Bilag 1

Forskellen mellem den gennemsnitlige varighed for verserende sager på en given dato og for afsluttede sager i en periode

De kontanthjælpsmodtagere og sygedagpengemodtagere, der er udtrukket til deltagelse i undersøgelsens spørgeskemadel, er udtrukket blandt personer, der modtog henholdsvis kontanthjælp og sygedagpenge, havde modtaget disse ydelser i lang tid (mindst henholdsvis 8 måneder og 6 måneder) – og stadig på udtrækstidspunktet modtog ydelsen. Det betyder også, at udtrækket ikke er et repræsentativt udtræk blandt alle langvarige kontanthjælps- og sygedagpengesager. Årsagen er, at når vi udtrækker en stikprøve blandt sager, der var verserende på en given dato, er udtrækssandsynligheden proportional med sagens varighed. Det betyder bl.a., at den gennemsnitlige sagsvarighed i stikprøven ikke svarer til den gennemsnitlige sagsvarighed blandt alle afsluttede sager med en mindstevarighed på henholdsvis 8 og 6 måneder. I det følgende redegøres nærmere for forskellen mellem den gennemsnitlige varighed for sygedagpengesager i den anvendte stikprøve og den gennemsnitlige varighed af sygedagpengesager, der i de 10 kommuner blev afsluttet i 1996 (og hvor sagen havde været mindst 6 måneder).

I KSDB opgøres antallet af afsluttede sygedagpengesager efter varighed. I undersøgelsens 10 kommuner var fordelingen af sygedagpengesager efter varighed for sager, der havde været mindst 26 uger, i 1996 følgende:

| Varighed (uger) | Intervalmidtpunkt | Afsluttede sager i de 10 kommuner, 1996 ¹⁾ | Procent |
|-----------------|-------------------|---|---------|
| 27-39 | 33 | 723 | 35,3 |
| 40-54 | 46 | 494 | 24,1 |
| 55-79 | 67 | 519 | 25,3 |
| 80-104 | 92 | 181 | 8,8 |
| 105+ | 200 | 134 | 6,5 |
| I alt | | 2.051 | 100 |

1) Kilde: KSDB

Det er ikke muligt med de oplysninger at beregne den gennemsnitlige varighed for afsluttede sager eksakt. Men der kan beregnes en approksimation:

- Der benyttes midtpunktet af hvert interval, og alle sager i intervallet tillægges denne varighed.
- Midtpunktet for det sidste åbne interval sættes til 200 uger.

Med disse antagelser bliver den approksimerede gennemsnitlige varighed for afsluttede sager i 1996:

$$\frac{33 \cdot 723 + 46 \cdot 494 + 67 \cdot 519 + 92 \cdot 181 + 200 \cdot 134}{2051} = 60,8 \text{ uger}$$

Gennemføres en tilsvarende beregning for SFI's stikprøve af verserende sager med en varighed på mindst 26 uger på udtrækstidspunktet, fås en varighed på 76,9 uger (det svarer ikke til opgørelsen i rapportens analysekapitler – men her er beregningen gennemført analogt til beregningen for KSDB-tallene – dvs. med opgørelse i intervaller og brug af intervalmidtpunkter, mens der i rapporten er taget det korrekte gennemsnit).

Sagsvarigheden for de to typer sager *skal* være forskellig. Det skyldes to forhold:

- Når vi opgør varigheden for *verserende* sager på en skæringsdato, så er sandsynligheden for, at vi medtager en lang sag større end sandsynligheden for, at vi medtager en kort sag. Faktisk er sandsynligheden for, at en sag kommer med i en sådan opgørelse, proportional med sagens varighed. Det forhold betyder, at de verserende sager opgjort på en skæringsdato i gennemsnit har en *længere* varighed end gennemsnittet for afsluttede sager.
- Når vi udtager verserende sager, kommer vi ind midt i sagsforløbet. Når vi derfor måler varigheden fra startdato til udtrækstidspunkt, måler vi i sagens natur ikke hele sagens varighed, men kun noget af den. I gennemsnit vil vi ramme midt i sagsforløbet. Eller mere præcist: Når vi betinger, at sagen har varet mindst 6 måneder, vil vi i gennemsnit ramme ind midt i den resterende sagsvarighed. Hvis eksempelvis den gennemsnitlige totale varighed på de udtrukne sygedagpengesager er 13 måneder, vil vi i gennemsnit finde en varighed frem til udtrækningstidspunktet på 6 måneder + $(13-6)/2=3,5$ måneder lig med 9,5 måneder. Det forhold betyder, at de verserende sagers varighed frem til udtrækningstidspunktet har en kortere varighed, end hvis vi opgjorde varigheden for afsluttede sager.

Det er da et empirisk spørgsmål, med hvilken vægt disse to forhold optræder. Det afhænger af fordelingen af sagsvarigheder, som vi kun kender delvist (vi har fra KSDB kun aggregerede tal, opgjort i intervaller – og især kender vi jo ikke den gennemsnitlige varighed for det sidste, åbne interval).

Simulation

På baggrund af disse oplysninger kan vi gennemføre en simulation. Vi antager, at der ikke er sæsonvariation i de langvarige sager. Vi genererer derefter en population på følgende måde:

Hver uge starter et konstant antal sager. Hver sag tillægges en varighed. Fordelingen af varigheder blandt de sager, der starter

hver uge, svarer til fordelingen på intervaller i KSDB-tallene. For hvert varighedsinterval fordeler vi sagernes varighed jævnt (det svarer til midtpunktsestimeringen i beregningerne ovenfor). Eksempelvis fordeler vi alle sager med en varighed på 27-39 uger ligeligt med sager, der har en varighed på 27 uger, 28 uger ... osv. op til 39 uger.

Efter 295 uger har vi genereret en stabil population. Nu kan vi gøre to ting:

- Vi opgør fordelingen på varighed blandt sager, der afsluttes i løbet af 52 uger. Den fordeling skulle gerne svare til den (KSDB-)fordeling, vi brugte til at generere populationen.
- Vi opgør varigheden blandt verserende sager i en given uge.

I praksis er varigheden opgjort blandt sager, der blev afsluttet i ugerne 449-500 (52 uger), og blandt de sager der var verserende i uge 500.

Resultatet er følgende:

| Varighed (uger) | Afsluttede sager i uge 449-500 (simulation). | Procent |
|-----------------|--|---------|
| 27-39 | | 35,3 |
| 40-54 | | 24,1 |
| 55-79 | | 25,3 |
| 80-104 | | 8,8 |
| 105+ | | 6,5 |
| I alt | | 100 |

Gennemsnitlig varighed, afsluttede sager i uge 449-500 (simulation): 61 uger.

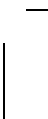
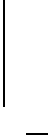
Det svarer – som det skal – til KSDB-fordelingen.

For de verserende sager fås følgende:

| Varighed (uger) | Verserende sager i uge 500 (simulation). | |
|-----------------|--|--|
| | Procent | |
| 27-39 | 30,9 | |
| 40-54 | 22,9 | |
| 55-79 | 20,2 | |
| 80-104 | 7,9 | |
| 105+ | 18,1 | |
| I alt | 100 | |

Gennemsnitlig varighed, verserende sager i uge 500 (simulation):
71 uger.

Simulationen viser således, at vi på baggrund af de kendte tal får som resultat, at de verserende sager på udtrækstidspunktet i gennemsnit har haft en længere varighed end den gennemsnitlige varighed af afsluttede sager i løbet af et år.



Bilag 2

Variabler der indgår i startmodellerne i de multivariate analyser i kapitel 8 og 9

I dette bilag vises en oversigt over de variabler, der er kontrolleret for i de multivariate analyser i kapitel 8 og 9. I de tabeller, hvor resultaterne af analyserne fremlægges, vises kun de variabler, der indgår i slutmodellen og således har en signifikant betydning.

Variabel:

Passiv kommune

Studenter- eller hf-eksamen

Dansk født og dansk som modersmål

I stand til at påtage sig et arbejde på normale vilkår eller på særlige vilkår

Deltaget i mindst én aktivitet siden sygemelding

Mindst én aktivitet vurderes at have været den helt rigtige

Fysiske smerter har vanskeliggjort de daglige aktiviteter de sidste 4 uger
"en hel del" eller "virkelig meget"

Personens alder

Mindst ét helt negativt udsagn om kommunens tilbud

Har brugt narkotiske stoffer

Bruger narkotiske stoffer

Mentalt helbredsindex under 35

Har en erhvervsuddannelse

Variabel:

Alder kvadreret

Behandlet for psykiske problemer

Antal år med lønnet arbejde

Antal indhentede statuserklæringer

Antal indhentede helbredserklæringer

Antal indhentede speciallægeerklæringer

Fysisk helbredsindex under 35

Drikker mindst 11 genstande om ugen

Drikker mindst 21 genstande om ugen

Præcist ét møde med en sagsbehandler i løbet af sygedagpengeperioden

Har følt sig trist til mode hele tiden eller det meste af tiden de seneste 4 uger

Fysisk helbred eller følelsesmæssige problemer har gjort det vanskeligt at se andre inden for de sidste 4 uger

Maksimalt 8 års skolegang

Enlig

Har på et eller andet tidspunkt være ude i misbrug af alkohol, stoffer el. lign.

Harde offentlig arbejdsgiver umiddelbart før sygedagpengeperiodens start

Litteratur

Brogaard, S. & Weise, H. (1997)

Evaluering af Lov om kommunal aktivering. Kommuneundersøgelsen.
København: Socialforskningsinstituttet 97:7.

Eshøj, P. (1996)

Sygefravær - hvorfor? - En socialmedicinsk undersøgelse af årsager til langvarigt sygefravær. Esbjerg: Sydjysk Universitetsforlag.

Finansministeriet (1998)

Den kommunale økonomi i år 2005. København.

Gregersen, O. (1990)

Kommunernes kompetence i førtidspensionssager – frikommuneforsøg i Ballerup. København: Socialforskningsinstituttet 90:9.

Gregersen, O. (1993)

Kommunernes brug af revalideringsydelsen. København: Socialforskningsinstituttet 93:7.

Gregersen, O. (1994)

Kommunernes pensionspraksis. Rangordning af kommunerne efter antal førtidspensioneringer, korrigeret for en række objektive forhold - et metodestudie. København: Socialforskningsinstituttet, servicereport.

Gregersen, O. (1996)

Forandring i socialforvaltningernes organisering. København: Socialforskningsinstituttet 95:16.

Gregersen, O. (1997)

Virksomhedernes brug af arbejdsmarkedsuddannelserne. København: Socialforskningsinstituttet 97:2.

Jepsen, J. R. & Eshøj, P. (1993)

Arbejdsfastholdelse af sygemeldte. Et forsøgsprojekt om primær revalidering i Ribe amt, Brørup og Vejen kommuner. Esbjerg: Sydjysk Universitetsforlag.

Nord-Larsen, M. (1991)

Langvarig sygdom – problemer og konsekvenser. København: Socialforskningsinstituttet 91:5.

Ware, J. E., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1995)

SF-12: How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. 2. ed. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center.

Weise, H. & Brogaard, S. (1997)

Aktivering af kontanthjælpsmodtagere. En evaluering af lov om kommunal aktivering. København: Socialforskningsinstituttet 97:21.

Socialforskningsinstituttets udgivelser siden 1.1.1998

- 98:1** Holt, H.: En kortlægning af danske virksomheders sociale ansvar. 1998. 186 s. ISBN 87-7487-583-3. Kr. 135,00.
- 98:2** Christensen, E.: Anbringelser af børn. En kvalitativ analyse af processen. 1998. 186 s. ISBN 87-7487-584-1. Kr. 135,00.
- 98:3** Leisner, E. & Rosdahl, A.: Merbeskæftigelseskravet i den offentlige sektor. Interview på 14 institutioner. 1998. 66 s. ISBN 87-7487-586-8. Kr. 75,00.
- 98:4** Hansen, H.: Elements of Social Security. A comparison covering: Denmark, Sweden, Finland, Germany, Great Britain, The Netherlands, Canada. 1998. 208 s. ISBN 87-7487-587-6.
- 98:5** Just Jeppesen, K. & Nielsen, A.: Etniske minoritetsbørn i Danmark - det første leveår. Rapport nr. 2 fra forløbsundersøgelsen af børn født i efteråret 1995. 1998. 188 s. ISBN 87-7487-588-4. Kr. 185,00.
- 98:6** Bonfils, I.S.: Puljebordningen. Implementering af puljebordningen i kommuner og amter. 1998. 160 s. ISBN 87-7487-589-2. Kr. 120,00
- 98:7** Andersen, D.: FRIT VALG af dagpasningsordning. Evaluering af forsøgsordningen. 1998. 148 s. ISBN 87-7487-590-6. Kr. 100,00.
- 98:8** Hussain, M.A. & Pico Geerdsen, L.: Erhvervene og de langtidsledige. Marginalisering og integration på arbejdsmarkedet. 1998. 84 s. ISBN 87-7487-591-4. Kr. 85,00.
- 98:9** Bach, H.B., Aggergaard Larsen, J. & Rosdahl, A.: Langtidsledige i tre kommuner. Hovedresultater fra en spørgeskemaundersøgelse og kvalitative interview blandt forsikrede langtidsledige og langvarige kontanthjælpsmodtagere. 1998. 56 s. ISBN 87-7487-592-2. Kr. 65,00.
- Bach, H.B.: En spørgeskemaundersøgelse blandt forsikrede langtidsledige og langvarige kontanthjælpsmodtagere. Dokumentation I til Langtidsledige i tre kommuner (98:9) 1998. 108 s. ISBN 87-7487-593-0. Kr. 100,00. Forhandles kun af Socialforskningsinstituttet.
- Aggergaard Larsen, J.: En kvalitativ undersøgelse blandt forsikrede langtidsledige og langvarige kontanthjælpsmodtagere. Dokumentation II til Langtidsledige i tre kommuner (98:9)

1998. 126 s. ISBN 87-7487-594-9. Kr. 125,00. Forhandles kun af Socialforskningsinstituttet.
- 98:10** Hussain, M.A.: Marginalisering i regioner 1990 og 1994. 1998. 131 s. ISBN 87-7487-595-7. Kr. 125,00.
- 98:11** Anker, N.: Eleverne, virksomhederne og de nyudlærte. Private virksomheders beskæftigelse af elever og praktikvirksomhedernes betydning for nyudlærtes chancer på arbejdsmarkedet. 1998. 343 s. Udgivet af Handelshøjskolen i København, ph.d.-serie 7.98. ISBN 87-593-8091-8.
- 98:12** Andersen, D. & Bach, H.B.: Virksomhedernes brug af løntilskud – og langtidslediges senere jobsituation. 1998. 114 s. ISBN 87-7487-598-1. Kr. 95,00.
- 98:13** Larsen, M. & Langager, K.: Arbejdsmarkedsreformen og arbejdsmarkedet. Evaluering af arbejdsmarkedsreformen III. 1998. 219 s. ISBN 87-7487-600-7. Kr. 190,00.
- 98:14** Friis, H. & Petersen, K.: Socialforskningsinstituttets forhistorie og første år. Udgivet i anledning af 40-året for Socialforskningsinstituttets oprettelse. 1998. 45 s. ISBN 87-7487-601-5.
- 98:15** Hestbæk, A-D.: Tvangsanbringelser i Norden. En komparativ beskrivelse af de nordiske landes lovgivning. 1998. 264 s. ISBN 87-7487-602-3. Kr. 180,00.
- 98:16** Villadsen, K., Gruber, T. & Bengtsson, S.: Socialpolitiske strategier - på tværs af frivillige og offentlige institutioner. 1998. 180 s. ISBN 87-7487-603-1. Kr. 125,00.
- 98:17** Bonke, J. & Andersen, J.L.: Nordisk arbejdsmarkedsforskning 1995-97. København: Nordisk Ministerråd. Nord 1998:16. 1998. 182 s. ISBN 92-893-0259-3. Kr. 160,00. Købes hos Svensk-Norsk Bogimport, Esplanaden 8 B, 1263 København K Tlf. 33 14 26 66. Fax 33 14 35 88. E-mail snb@bog.dk.
- 98:18** Zeuner, L., Bunnage, D., Heide Ottosen, M. & Nygaard Christoffersen, M.: Sociologisk teori om social integration. Teorier af Talcott Parsons, David Lockwood, Jürgen Habermas og Anthony Giddens og disses perspektiver for det empiriske arbejde. 1998. 180 s. ISBN 87-7487-605-8. Kr. 125,00.
- 98:19** Rostgaard, T., Holm, T., Toftegaard Jensen, D. & Graff Byrge, C.: Omsorg for børn og ældre - Kommunal praksis i Europa. Social tryghed i Europa 5. 1998. 237 s. ISBN 87-7487-608-2. Kr. 150,00.
- 98:20** Rostgaard, T. & Fridberg, T.: Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices.

- Social Security in Europe 6. 1998. 597 s. ISBN 87-7487-611-2. Kr. 310,00.
- 99:1** Bengtsson, S.: Social service til alle - om organisering gennem 30 år. 1999. 192 s. ISBN 87-7487-606-6. Kr. 120,00.
- 99:2** Bunnage, D. & Bruhn, H.H.: De unge ældre i år 2010. 1999. 144 s. ISBN 87-7487-607-4. Kr. 100,00.
- 99:3** Under udgivelse.
- 99:4** Heide Ottosen, M.: Børnesagkyndig rådgivning. Evaluering af et forsøg i to statsamter. 1999. 196 s. ISBN 87-7487-609-0. Kr. 130,00.
- 99:5** Christensen, E.: Forældre i fængsel - en undersøgelse af børns og forældres erfaringer. 1999. 124 s. ISBN 87-7487-610-4. Kr. 95,00.
- 99:6** Gregersen, O. & Nygaard Christoffersen, M.: Langvarige sociale sager - klienternes holdninger. 1999. 195 s. ISBN 87-7487-612-0. Kr. 130,00.
- 99:7** Liebing, C.S., Pico Geerdsen, L., Munksgaard, M.B. & Pedersen, L.: SofiS - en strukturmodel. 1999. 99 s. ISBN 87-7487-613-9. Kr. 85,00.
- 99:8** Csonka, A.: Det fleksible arbejde. 1999. 107 s. ISBN 87-7487-614-7. Kr. 90,00.

Social Forskning er instituttets nyhedsblad. Det udkommer fire gange om året og orienterer i en lettilgængelig form om resultaterne af instituttets arbejde. Lejlighedsvis udkommer Social Forskning som udvidet tema-nummer med bidragydere udefra.

Abonnementet er gratis og kan tegnes ved henvendelse til instituttet.

Tema-nummer af Social Forskning:
Velfærd – for hvem? Oktober '98

En fuldstændig liste over instituttets udgivelser kan fås ved henvendelse til Socialforskningsinstituttet tlf. 33 48 09 46, e-mail: library@sfi.dk.