

EFFEKTER AF ÆNDRINGERNE I SYGEDAG- PENGELOVEN

OPFØLGNING PÅ SYGEDAGPENGE

08:07

DEL II

JAN HØGELUND
JOACHIM BOLL
METTE SKOU
SØREN JENSEN

08:07

EFFEKTER AF ÆNDRINGERNE I SYGEDAGPENGELOVEN

JAN HØGELUND
JOACHIM BOLL
METTE SKOU
SØREN JENSEN

KØBENHAVN 2008
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

EFFEKTER AF ÆNDRINGERNE I SYGEDAGPENGELOVEN

Afdelingsleder: Lisbeth Pedersen

Afdelingen for beskæftigelse og erhverv

Undersøgelsens følgegruppe:

Arbejdsmarkedsstyrelsen (Anne Marie Jensen og Anne Thuen)

Arbejdsskadestyrelsen (Keld Hansen)

Arbejdsdirektoratet (Lisbeth Espersen)

Dansk Arbejdsgiverforening (Sara Fredberg)

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (Thomas Lund)

FTF (Jette Høy)

Kommunernes Landsforening (Mette Schwebs & Camilla Treldal Jørgensen)

Lægeforeningen (Per Fraulund Sørensen)

LO (Christian Sølyst)

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978- 87-7487-891-9

Layout: Hedda Bank

Oplag: 600

Tryk: BookPartnerMedia A/S

© 2008 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 3348 0800

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver publikationerne, bedes sendt til SFI.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	SAMMENFATNING	13
	Baggrund og formål	13
	Rapportens temaer og disposition	15
	Hovedresultater	16
2	BAGGRUND	23
	Lovændringen i 2005	23
3	DATA OG METODE	27
	Undersøgelsens data	27
	Et første kig på data	33

4	ORGANISATORISKE ÆNDRINGER AF SYGEDAGPENGEADMINISTRATIONEN	37
	Indledning	37
	Indkøring af de nye regler i forvaltningen	38
	Samarbejde med virksomhederne	41
	Samarbejdet med læger	45
	Samarbejdet med andre kommuner	49
	Udlicitering	50
	Konklusion	50
 5	 KOMMUNERNES VISITATION	 51
	Kommunernes brug af oplysningsskema	52
	Kommunernes vurdering af oplysningsskemaet	56
	Hvordan foregår visitationen?	59
	Visitation af sager	60
	Kan sagernes omfang forudsiges?	67
	Konklusion	70
 6	 KOMMUNERNES OPFØLGNING	 73
	Kommunernes ansvar og opgaver	73
	Opfølgningssamtaler	74
	Opfølgningsplaner	81
	Brug af lægelig dokumentation	83
	Delvise raskmeldinger	88
	Kontakt med arbejdsgivere og andre relevante aktører	90
	Forrevalidering, tilskud til arbejdsredskaber mv.	95
	Konklusion	96

7	SYGEMELDTES KONTAKT TIL SUNDHEDSVÆSEN OG ARBEJDSGIVER	99
	Kontakt til sundhedsvæsenet	100
	Ventetid i behandlingssystemet	102
	Brug af andre behandlingsformer	104
	Den sygemeldtes kontakt til arbejdsgiveren	106
	Iværksatte tiltag fra arbejdsgiverside	110
	Konklusion	111
 8	 DE SYGEMELDTES VURDERING AF SYGEMELDINGENS FORLØB	 113
	Vurdering af kommunernes indsats	113
	Vurdering af arbejdsgivernes indsats	119
	Tilbagevenden til arbejde	121
	Konklusion	125
 9	 BESKÆFTIGELSESEFFEKTER AF OPFØLGNINGSSAMTALER	 127
	Mulige effekter af opfølgningssamtaler	128
	Om metode og data	130
	Effekten af opfølgningssamtaler	135
	Konklusion og diskussion	140
 10	 DIAGNOSE OG TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDE	 143
	Diagnosekategorier	144
	Diagnose og tilbagevenden til arbejde	146
	Konklusion	150

BILAG	151
Bilag til kapitel 3	151
Bilag til kapitel 5	161
Bilag til kapitel 9	163
bilag til kapitel 10	173
 LITTERATUR	 175
 SFI-RAPPORTER SIDEN 2007	 177

FORORD

Den 1. juli 2005 trådte en række lovændringer på sygedagpengeområdet i kraft. Hensigten med lovændringerne er at nedbringe sygefraværet ved at forbedre kommunernes opfølgning i sygedagpengesager. Ved hjælp af en kvantitativ sammenligning af kommunernes indsats i sygedagpengesager i 2002 og 2006 belyser rapporten kommunernes implementering af lovændringerne. Rapporten belyser også, om ændringer i kommunernes opfølgning har betydning for, om de sygemeldte fastholdes på arbejdsmarkedet. En tidligere rapport har undersøgt lovændringerne kvalitativt, Damgaard og Boll (2007)

Rapporten bygger på to sammenlignelige dataindsamlinger fra hhv. 2002 og 2006. De to dataindsamlinger blev gennemført i de samme 39 kommuner. Datamaterialet omfatter hhv. ca. 950 og 800 personer med en afsluttet sygedagpengesag af mere end 8 ugers varighed. Disse personer blev telefoninterviewet. Herudover omfatter datamaterialet oplysninger om kommunernes sagsbehandling af hver enkelt sygedagpengesag, oplysninger om hver kommunens administrative praksis på sygedagpengeområdet samt registeroplysninger om de sygemeldte.

Rapporten er skrevet af forskningsassistent, cand.scient.pol. Mette Skou, forskningsmedarbejder, cand.polit. Søren Jensen, forsker, cand.scient.pol., ph.d. Joachim Boll og seniorforsker, cand.polit., ph.d. Jan Høgelund, som også har været projektleder på undersøgelsen.

Seniorforsker, ergoterapeut, ph.d. Merete Labriola fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø har læst manuskriptet, og takkes for gode og konstruktive kommentarer. En sådan tak rettes også til undersøgelsens følgegruppe. Professor, cand.polit., ph.d. Anders Holm fra Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Århus Universitet, takkes for statistisk vejledning. Stud.scient.adm. Torsten Frøling har bistået nogle af undersøgelsens kommuner med at udfylde spørgeskemaer om sagsbehandlingen i de udvalgte sygedagpengesager. Sociallæge og speciallæge i almen medicin Kim Tich Thien Nguyen har omsat tekst-oplysninger om de sygemeldtes diagnoser til de diagnosekategorier, som benyttes af Ankestyrelsen. En særlig tak rettes til de kommuner og sygemeldte, som har deltaget i undersøgelsen.

Undersøgelsen er udarbejdet på initiativ af Arbejdsmarkedsstyrelsen, som også har finansieret den.

København, marts 2008

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Den 1. juli 2005 blev der indført nye regler om sygedagpengeopfølgning mv., som bl.a. indebærer øget fokus på opfølgningen i sygedagpengesager og på fastholdelse af de sygemeldte hos arbejdsgiveren. Rapporten bygger på to sammenlignelige dataindsamlinger fra hhv. 2002 og 2006. Datamaterialet omfatter telefoninterview med i alt ca. 1.700 personer med en afsluttet sygedagpengesag af mere end 8 ugers varighed. Herudover indgår oplysninger om kommunernes sagsbehandling af hver enkelt sygedagpengesag, oplysninger om kommunens administrative praksis på sygedagpengeområdet, samt registeroplysninger om de sygemeldte.

MARKANT FORØGET OPFØLGNING

Rapporten her viser, at kommunernes opfølgningsindsats er markant forøget fra 2002 til 2006:

- I 92 pct. af sagerne har kommunerne modtaget et oplysningsskema – tidligere skete det kun i 10 pct. af sagerne.
- Cirka 85 pct. af sagerne visiteres til en opfølgningskategori.
- I 80 pct. af sagerne er der afholdt mindst en opfølgningssamtale – tidligere var denne andel 58 pct.

- Andelen af sager, hvor der afholdes opfølgningsamtale inden 9. uge, er vokset fra 39 pct. i 2002 til 52 pct. i 2006.
- Andelen af sager, hvor der foreligger en opfølgningsplan, er vokset fra 33 pct. i 2002 til 58 pct. i 2006.
- Opfølgningsplanerne har fået et større jobfokus. I 2002 var ordinær beskæftigelse målet i 54 pct. af sagerne mod 88 pct. i 2006.
- Andelen af sager med delvis raskmelding er vokset fra 19 pct. i 2002 til 30 pct. 2006.

Kommunerne har altså afholdt opfølgningsamtalerne i en betydelig større andel af sagerne i 2006 (80 pct. af alle sager), end tilfældet var i 2002 (58 pct.). I 20 pct. af sagerne lever kommunerne dog fortsat ikke op til lovens krav om, at der skal afholdes opfølgning i alle sager med en varighed på over 8 uger. Det er særligt i de korte sager med en varighed på 8-13 uger, at der ikke bliver afholdt opfølgningsamtaler.

INGEN UDVIKLING I KONTAKT TIL ARBEJDSGIVERE

Når det gælder den del af kommunernes opfølgning, som drejer sig om kommunernes kontakt til de sygemeldtes arbejdsgivere, har der ikke været nogen udvikling mellem 2002 og 2006. I begge år har kommunerne haft kontakt med arbejdsgiverne i 10 pct. af sagerne. Undersøgelsen viser, at de sygemeldte meget ofte selv har kontakt til arbejdsgiveren under sygdommeldingen. 80 pct. har været i telefonisk kontakt, og 43 pct. har været til møde. Det er næsten udelukkende den sygemeldte selv og arbejdsgiveren, der organiserer kontakten.

INGEN STØRRE ORGANISATORISKE ÆNDRINGER

Rapporten viser, at de nye regler for visitations- og opfølgning tilsyneladende ikke har medført større organisatoriske ændringer hos de fleste kommuner. De fleste af undersøgelsens 39 kommuner har således kun i mindre grad eller slet ikke ændret deres arbejdsgange. Det kan tyde på, at de fleste forvaltninger har haft en organisering, som i forvejen var gearret til de nye regler.

De sygemeldte er i store træk positive i deres vurderinger af både kommunens og arbejdsgiverens indsats i forbindelse med sygdommeldingen. Det gælder både sygemeldte, før og efter lovændringerne trådte i kraft.

OPFØLGNINGSSAMTALER HAR POSITIV EFFEKT

En analyse af, om opfølgningssamtaler har betydning for, om de sygemeldte kommer i arbejde, tyder på, at lovændringerne har haft en positiv beskæftigelseseffekt. Analysen viser således, at samtaler har en positiv effekt i 2006, men ikke i 2002. Det kan bl.a. skyldes, at samtalerne har fået øget fokus på arbejdsfastholdelse, og at den sygemeldte får information om forhold, som kan gøre det nemmere at genoptage arbejdet. I forbindelse med samtalerne kan der fx iværksættes delvise raskmeldinger, som hjælper de sygemeldte i gang igen med arbejdet.

DIAGNOSE HAR BETYDNING FOR JOB

Endelig viser rapporten, at sygemeldingsdiagnosen har en betydning for sygemeldtes tilbagevenden til arbejde. Sygemeldte med svulster, psykiske lidelser, læsioner og forgiftninger mv. og sygemeldte med flere diagnoser har større chance for at komme i arbejde end sygemeldte med sygdomme i bevægeapparatet. Blandt sygemeldte med psykiske lidelser er det især personer med nervøse og stress relaterede sygdomme, som ofte kommer i arbejde.

Både sygemeldte og tidligere sygemeldte vurderer, at nedsat arbejdstid, lettere eller ændrede arbejdsopgaver og/eller mulighed for fleksible arbejdstider i høj grad kan være medvirkende til, at de kommer tilbage på arbejdsmarkedet.

De sygemeldte, som har været i beskæftigelse efter endt sygemelding, vurderer, at den lægelige behandling, de har fået, i høj grad har været medvirkende til, at de er kommet tilbage i arbejde. I den sammenhæng er det værd at bemærke, at der er sket en stigning i ventetiderne fra 2002 til 2006 til speciallæge og fysioterapi, mens ventetiden til sygehusbehandling er faldet. Det er almindeligt at vente op mod 1 måned på behandling eller undersøgelse ved speciallæge såvel som sygehus, mens der er noget kortere ventetid til fysioterapi.

DE NYE ELEMENTER I LOVEN

Sygedagpengelovændringen fra juli 2005 har følgende hovedelementer:

- Krav om at kommunen indhenter oplysninger om den sygemeldte ved brug af spørgeskema.
- Visitation til en af tre kategorier: 1) ”glatte sager”, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet formodes at være nært forestående, 2) ”risikosager”, hvor den sygemeldte er i risiko for at miste arbejdspladsen, og 3) ”langvarige sager”, hvor sygdommens karakter betyder, at sygemeldingen må formodes at blive langvarig.
- Afholdelse af personlig opfølgningssamtale inden 8. uge i alle sager.
- Tættere opfølgning i ”risikosager” end i andre sager (hyppigere opfølgning og krav om personligt møde).
- Krav om at opfølgningsplan udarbejdes tidligere (senest i forbindelse med 2. samtale).
- Ny lægeerklæring til arbejdsgivere og kommuner.
- Øget fokus på fastholdelse, herunder øget brug af gradvis tilbagevenden til arbejdsmarkedet.
- Forbedret koordinering herunder mellem kommunerne, lægerne og virksomhederne.
- Øget brug af andre aktører i forbindelse med sygedagpengeopfølgningen.

Denne Rapport belyser, hvordan lovændringerne er implementeret, hvordan de administreres, om kommunernes opfølgningsindsats er forøget, og om den nye opfølgningspraksis er mere effektiv end den foregående mht. at få de sygemeldte tilbage på arbejdsmarkedet.

SAMMENFATNING

BAGGRUND OG FORMÅL

Den 1. juli 2005 indførtes nye regler om sygedagpengeopfølgning mv., som bl.a. indebærer øget fokus på opfølgningen i sygedagpengesager og på fastholdelse af de sygemeldte hos arbejdsgiveren. Den nye sygedagpengelov havde følgende hovedelementer:

- Krav om, at kommunen indhenter oplysninger om den sygemeldte ved brug af spørgeskema.
- Krav om afholdelse af personlig samtale med de sygemeldte inden udgangen af 8 fraværsuge.
- Visitation til en af tre kategorier: 1) ”glatte sager”, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet formodes at være nært forestående, 2) ”risikosager”, hvor den sygemeldte er i risiko for at miste arbejdspladsen, og 3) ”langvarige sager”, hvor sygdommens karakter betyder, at sygemeldingen må formodes at blive meget langvarig.
- Tættere opfølgning i ”risikosager” end i andre sager (hyppigere opfølgning og krav om personligt møde).
- Krav om, at opfølgningsplan udarbejdes tidligere (senest i forbindelse med den 2. samtale).
- Ny lægeerklæring til arbejdsgivere og kommuner.

- Øget fokus på fastholdelse, herunder øget brug af gradvis tilbagevenden til arbejdsmarkedet for sygemeldte i ansættelsesforhold.
- Forbedret koordinering, herunder koordinering mellem kommunerne, lægerne og virksomhederne.
- Øget brug af andre aktører i forbindelse med sygedagpengeopfølgningen.

Loven er omfattet af lovovervågningen. Det indebærer, at beskæftigelsesministeren i 2008 skal afgive en redegørelse til Folketinget om effekten af loven, herunder af den nye visitations- og opfølgningsmodel, anvendelsen af den nye blanket til lægeerklæringer (LÆ255), delvise raskmeldinger, kommunernes samarbejde med læger og virksomheder, anvendelsen af andre aktører, de sygemeldtes oplevelse af indsatsen, herunder deres vurdering af egen rolle og medvirken.

I denne rapport præsenteres resultaterne af SFI's evaluering af lovændringen. Formålet med evalueringen er at belyse effekterne af lovændringen i bred forstand. Evalueringen vil belyse, hvordan de nye bestemmelser om opfølgning er implementeret, og hvordan de administreres, herunder om kommunerne administrerer bestemmelserne, som der lægges op til i lovgivningen. Det undersøges også, hvordan/om de nye bestemmelser påvirker samarbejdet mellem kommuner, læger og virksomheder. Herudover belyses nogle af lovens effekter: Er kommunernes opfølgningsindsats forøget, og er den nye opfølgningspraksis mere effektiv end tidligere med hensyn til at få de sygemeldte tilbage på arbejdsmarkedet?

Den nye lovgivning indeholder nogle konkrete ændringer, fx i forhold til visitation og opfølgning, og nogle intentioner, som i højere grad er formuleret som hensigter, og som kan siges at udgøre en kontekst, som lovens øvrige bestemmelser skal ses i forhold til. Ændringerne retter sig først og fremmest mod kommunerne. Men gennem kommunernes sagsbehandling påvirker loven også sygemeldte, læger og virksomheder. Der er også enkelte elementer i loven, som påvirker læger og virksomheder direkte fx om brugen og udformningen af lægeerklæringer. De problemstillinger, der tages op i evalueringen, omhandler derfor både kommunen, de sygemeldte, læger og virksomheder.

RAPPORTENS TEMAER OG DISPOSITION

Denne rapport præsenterer den ene halvdel af SFI's evaluering af lovændringen og bygger på analyser af et større kompleks af spørgeskemadata indsamlet hos kommuner og personer med en afsluttet sygedagpengesag. Tidligere foreligger en rapport om den kvalitative del af evalueringen, baseret på et mindre antal interview med kommunale ledere og sagsbehandlere samt læger og arbejdsgivere (Damgaard & Boll, 2007).

Den aktuelle undersøgelse er gennemført med udgangspunkt i ca. 1.700 afsluttede sygedagpengesager i 39 udvalgte kommuner. De udvalgte sager har en varighed på mellem 9 uger og 13 måneder. Vi har i rapporten tre hovedkilder til information om, hvad der er sket i disse sygedagpengesager:

- De sygemeldte er interviewet via telefon.
- For hver sag er der udfyldt et registreringsark, baseret på kommunens journaler.
- Lederen af sygedagpengeafdelingen i de 39 kommuner har udfyldt et spørgeskema om kommunens administration.

Herudover er der for hver sag suppleret med en række registeroplysninger fra Danmarks Statistik. Data er indsamlet i løbet af 2007 og vedrører sager, som er afsluttet i første halvår af 2006. Tilsvarende oplysninger er tidligere indsamlet vedrørende sager afsluttet i 2001 og 2002, hvilket giver os mulighed for at sammenholde oplysninger fra før og efter lovændringen. Kapitel 3 indeholder en omfattende gennemgang af datamaterialet.

Den tidligere dataindsamling i 2001 og 2002 er afrapporteret i en tidligere SFI-rapport (Høgelund et al., 2003). Denne rapport kan derfor ses som en opfølgning på den tidligere rapport, og mange af temaerne og analyserne vil kunne genfindes i de to rapporter.¹

Rapporten indeholder i alt 10 kapitler. Efter sammenfatningen indeholder kapitel 2 en meget kort skitsering af lovændringens

1. Det skal dog bemærkes, at tallene for 2002 ikke altid er de samme i de to rapporter. Dette skyldes, at vi i nærværende rapport anvender en anden afgrænsning af sygedagpengesagernes varighed (jf. kapitel 3).

hovedelementer og kapitel 3 en detaljeret gennemgang af undersøgelsens datagrundlag og metode. Den egentlige analyse findes i kapitel 4 til kapitel 10. Disse kapitler kan udmærket læses enkeltvis. Dog vil det være en fordel at orientere sig om undersøgelsens baggrund og metode i kapitel 2 og 3. Kapitel 4 handler om kommunernes organisering af indsatsen på sygedagpengeområdet og de ændringer, som kommunerne har gennemført som følge af lovændringen, baseret på oplysninger fra de kommunale ledere. Kapitel 5 ser på kommunernes visitationspraksis i sagerne med særligt fokus på brugen af de tre visitationskategorier. I kapitel 6 behandles kommunernes opfølgningsindsats, herunder afholdelse af opfølgningssamtaler, udarbejdelse af opfølgningsplaner og brug af lægelig dokumentation og delvise raskmeldinger. Kapitel 7 ser på de sygemeldtes brug af forskellige dele af sundhedssystemet og på deres kontakt til arbejdsgiveren under sygemeldingen. I kapitel 8 ser vi på de sygemeldtes egen vurdering af sygemeldingens forløb, herunder deres tilfredshed med den kommunale indsats og med den behandling, de har fået af arbejdsgiveren, samt de faktorer, som de sygemeldte selv vurderer, har haft betydning for, om de er kommet i arbejde igen. I kapitel 9 præsenterer vi et forsøg på at kvantificere den egentlige beskæftigelseseffekt af lovændringen ved hjælp af mere avancerede statistiske metoder. Kapitel 10 omhandler diagnosens betydning for de sygemeldtes efterfølgende beskæftigelse.

HOVEDRESULTATER

I det følgende har vi sammenfattet en række af undersøgelsens vigtigste resultater på tværs af rapportens kapitler.

ORGANISERINGEN AF DEN KOMMUNALE INDSATS

Nye regler for visitation og opfølgning er blevet indført i sygedagpengeforvaltningerne, men det har ikke medført større organisatoriske ændringer hos de fleste kommuner. Således har 20 pct. af forvaltningerne i nogen eller høj grad ændret deres arbejdsgange, 25 pct. har gjort det i mindre grad, mens de resterende 55 pct. slet ikke har gjort noget.

Til gengæld har forvaltningerne gjort noget for at forbedre de ansattes mulighed for at håndtere de nye regler. Ca. 70 pct. af

forvaltningerne har udarbejdet fælles retningslinjer for visitation og opfølgning. Lige så mange forvaltninger har afholdt eksterne kurser og temamøder for deres medarbejdere, så de kunne lære de nye regler at kende.

Den nye lov siger, at forvaltningerne så vidt muligt skal samarbejde med virksomhederne for at sikre, at sygdomsramte kommer i arbejde igen. 76 pct. af de adspurgte forvaltninger siger dog, at den nye lov ikke har medført nogen ændringer i deres samarbejde med virksomhederne. 3 pct. siger, at det har den i høj grad. Der er ligefrem sket et fald i antallet af forvaltninger, der har indgået en partnerskabsaftale med en eller flere virksomheder. I 2002 havde 78 pct. en aftale, mens kun 55 pct. havde det i 2006. Helt generelt synes de fleste forvaltninger dog, at samarbejdet med virksomhederne er godt. Det er endda blevet bedre siden 2002, hvor 52 pct. synes, det er ret godt eller meget godt – det tal er steget til 72 pct. i 2006.

BRUG AF OPLYSNINGSSKEMA OG VISITATIONSKATEGORI

Ifølge den nye sygedagpengelov skal kommunerne udsende et oplysningsskema til samtlige sygemeldte, når sager anmeldes til kommunen. Dette sker i 92 pct. af de sager, der indgår i undersøgelsen, og 96 pct. af 35 kommuner, som medvirker i undersøgelsen, svarer, at kommunerne altid udsender oplysningsskemaet til nye sygedagpengemodtagere. Altså implementeres denne del af reformen efter hensigten i stort set alle sager og kommuner. Langt størstedelen af de kommunale ledere mener, at oplysningsskemaet i hvert fald i nogen grad har forbedret kommunernes opfølgningsmuligheder. 83 pct. af de kommunale ledere har således erklæret sig helt enige eller delvist enige i, at kravet om brug af oplysningsskema i alle sager har forbedret kommunens grundlag for at foretage en kvalificeret opfølgning.

Et andet nyt lovkrav er, at alle sager skal visiteres til en af tre kategorier. Dette sker i 85 pct. af alle sager. De resterende 15 pct. af sager visiteres ikke til nogen kategori. I mange tilfælde kan grunden være, at sagerne er relativt korte. Faktisk varer 68 pct. af de sager, som ikke visiteres til kategori, kun mellem 9 og 13 uger. Af de sager, som første gang visiteres til kategori, visiteres 62 pct. til kategori 1 for ”glatte sager”, 24 pct. til kategori 2 for ”risikosager” og 14 pct. til kategori 3 for ”langvarige sager”.

Hvis kategoriseringen foregår efter hensigten, må man på forhånd regne med, at sager, som ved sagens begyndelse visiteres til kategori 2 (risikosager) og 3 (langvarige sager), får en længere varighed end kategori 1-sager (glatte sager). Ligeledes kan det også forventes, at sygemeldte i kategori 2 oftere afskediges end sygemeldte i kategori 1. Vi finder, at kommunerne i nogen grad kan forudsige sygedagpengesageres forløb på denne måde. Sager, som er visiteret til kategori 2 eller 3, har større sandsynlighed for at blive langvarige end sager, som er visiteret til kategori 1. Og sygemeldte lønmodtagere, som er visiteret til kategori 2, har større sandsynlighed for at blive afskediget under sygemeldingen, end sygemeldte lønmodtagere i kategori 1.

DEN KOMMUNALE OPFØLGNINGSINDSATS

Kommunerne har afholdt opfølgningssamtaler i en betydelig større andel af sagerne i 2006 (80 pct. af alle sager), end tilfældet var i 2002 (58 pct.). Det må dog samtidig bemærkes, at kommunerne dermed stadig mangler 20 pct. af sagerne for at leve op til lovens klare krav om, at der skal afholdes opfølgning i alle sager med en varighed på over 8 uger. Det er særligt i de korte sager med en varighed på 8-13 uger, hvor der ikke bliver afholdt opfølgningssamtaler.

På samme måde ligger opfølgningssamtalerne betydeligt tidligere i sagsforløbene i 2006, end de gjorde i 2002, men kommunerne er også her et stykke fra at leve op til lovkravet om opfølgning i alle sager inden 8 uger. Dette krav overholdes i 52 pct. af de sager, hvor der er gennemført mindst én opfølgningssamtale. I 85 pct. af sagerne med opfølgningssamtale er den første samtale gennemført inden 14 uger fra sygemeldingen og i 97 pct. af sagerne inden 27 uger. Hvis man udelukkende ser på sager, hvor kommunen har modtaget dagpengeskemaet rettidigt, er andelen af sager med rettidig opfølgning noget højere (62 pct.).

Vores analyser viser også at der i overensstemmelse med lovgivningens intentioner gennemføres flere opfølgningssamtaler i kategori 2-sager end i sager af samme varighed i de to øvrige kategorier.

Der er sket en betydelig stigning i andelen af sager, hvor der er udarbejdet opfølgningsplaner, hvilket stemmer overens med, at den nye lovgivning kræver, at en opfølgningsplan skal udarbejdes i alle sager senest i forbindelse med den 2. opfølgningssamtale. Ligeledes er der kommet et betydeligt større direkte jobfokus i opfølgningsplanerne. 88

pct. af de udarbejdede planer har i 2006 ordinær beskæftigelse som formål.

Når det gælder kommunernes kontakt til de sygemeldte arbejdsgivere, har der ikke været nogen udvikling. I både 2002 og 2006 har kommunerne haft kontakt med arbejdsgiverne i 10 pct. af sagerne.

KOMMUNERNES BRUG AF LÆGEOPLYSNINGER

Kommunerne har indhentet lægeoplysninger i to tredjedele af sagerne i 2006, hvilket er et fald fra 2002, hvor den tilsvarende andel var over 90 pct. Særligt bruges der betydeligt færre almindelige lægeattester, hvilket formentlig kan ses i sammenhæng med, at lovændringen medførte et bortfald af kravet om, at der skulle foreligge lægelig dokumentation i alle sager over 8 ugers varighed. Til gengæld er der sket en stigning i brugen af statusattester, generelle helbredsundersøgelser og speciallægeerklæringer. Der er ikke nogen signifikant sammenhæng mellem kommunernes vurdering af den nye lægeerklæringsblanket (LÆ255) og deres tilbøjelighed til at bruge disse lægeerklæringer i sagerne.

KONTAKT TIL ARBEJDSGIVER UNDER SYGEMELDINGEN

En ganske betydelig andel af de sygemeldte har kontakt til arbejdsgiveren under sygemeldingen. 80 pct. har været i telefonisk kontakt, og 43 pct. har været til møde. Ligesom der i mange sager er et ganske stort antal kontakter under sygemeldingen.

De emner, der typisk drøftes, er først og fremmest, at den sygemeldte orienterer arbejdsgiveren om helbred og behandling, og om hvornår man forventer at kunne arbejde igen. I ca. en femtedel af sagerne har arbejdsgiveren spurgt den sygemeldte til råds om løsningen af forskellige arbejdsopgaver, og i en ud af 10 sager har arbejdsgiveren meddelt, at afskedigelse kunne blive nødvendig, hvis den sygemeldte ikke snart kom i arbejde igen.

Analysen viser også, at det stort set udelukkende er den sygemeldte selv og arbejdsgiveren, der organiserer kontakten. Det er kun få sygemeldte, som oplever, at de er blevet opfordret til at kontakte arbejdsgiveren, eller at andre, såsom kolleger, familie, fagforening eller kommunen, har taget initiativ til at arrangere et møde.

DE SYGEMELDTES KONTAKT TIL SUNDHEDSSYSTEMET

Blandt sygedagpengemodtagerne i 2006 har 9 ud af 10 været til egen læge i forbindelse med sygefraværet og har i gennemsnit haft fem besøg hos lægen i sygeperioden. Egen læge er derfor ikke overraskende langt den hyppigst benyttede del af sundhedssystemet blandt sygedagpengemodtagerne, og brugen af egen læge er steget en smule siden 2002. En stor andel af de sygemeldte har dog også været hos speciallæge (57 pct.) eller været indlagt på sygehus (40 pct.).

Den samlede ventetid til såvel speciallæge som sygehus udgør i gennemsnit 3 til 4 uger i de undersøgte sygeforløb, mens der stort set ikke opleves ventetid til fysioterapi. Det er således kun i de korteste sager, at ventetid udgør en væsentlig andel af den samlede varighed af sygemeldingen.

DE SYGEMELDTES VURDERING AF KOMMUNERS OG ARBEJDSGIVERES INDSATS

De sygemeldte er i store træk positive i deres vurderinger af kommunens indsats i deres sager. Det gælder både sygemeldte før lovændringerne trådte i kraft og efter. Der er dog enkelte forskelle i sygemeldtes vurderinger før og efter lovændringerne. De sygemeldte er lidt mindre positive efter ændringernes ikrafttræden i forhold til, om kommunen virkelig har hjulpet dem til at komme videre, og om de selv havde stor indflydelse på, hvad der skete i deres sag.

De sygemeldte er overordnet set meget tilfredse med virksomhedernes indsats i den periode, de var sygemeldte. Det gælder både for sygemeldte før lovændringerne trådte i kraft og efter. I forhold til udsagnet om at arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne, for at den sygemeldte kunne vende tilbage til arbejdet, er sygemeldte efter reformen dog lidt mindre tilfredse med virksomhedernes indsats.

TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDSMARKEDET

De sygemeldte, som har været i beskæftigelse efter endt sygemelding, vurderer, at nedsat arbejdstid, lettere eller ændrede arbejdsopgaver og mulighed for fleksible arbejdstider i høj grad har været medvirkende til, at de kom tilbage på arbejdsmarkedet efter sygemeldingen. Også den lægelige behandling, de har fået, vurderes i høj grad at medvirke til at komme tilbage i arbejde.

Sygemeldte, som ikke var i beskæftigelse på interview-tidspunktet, vurderer også, at det ville kunne bidrage til at få dem i beskæftigelse, hvis de blev tilbudt, nedsat arbejdstid, lettere eller ændrede arbejdsopgaver og mulighed for fleksible arbejdstider. De mener desuden, at efteruddannelse eller omskoling ville kunne hjælpe dem til at komme ud på arbejdsmarkedet igen.

Der er sket en betydelig stigning i brugen af delvise raskmeldinger, fra 19 pct. af sagerne i 2002 til 30 pct. i 2006. De delvise raskmeldinger bruges nogenlunde lige hyppigt i lange såvel som korte sager, og der er stor variation i varigheden af de enkelte delvise raskmeldingsperioder. Typisk har de delvise raskmeldinger varigheder fra nogle få uger til op mod et halvt år.

EFFEKTEN AF OPFØLGNING PÅ TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDSMARKEDET

En analyse, af om opfølgningssamtaler har betydning for, om de sygemeldte kommer i arbejde, tyder på, at lovændringerne har haft en positiv beskæftigelseseffekt. Analysen viser således, at de sygemeldtes deltagelse i den første opfølgningssamtale efter sygemeldingen har en positiv effekt i 2006, men ikke i 2002. Effekten af samtalerne viser sig et stykke tid efter, at samtalerne er afholdt. Eksempelvis har en sygemeldt, som kommer til samtale i den anden måned efter sygemeldingens begyndelse, væsentlig større chance for at komme i arbejde i den fjerde måned end en sygemeldt, som ikke kommer til samtale. Effekten af samtalen er tidsbegrænset. I den femte måned efter sygemeldingen har den sygemeldte, som har været til samtale i den anden måned, således samme chance for at komme i arbejde som en sygemeldt, der ikke har været til samtale.

BETYDNING AF DIAGNOSE FOR TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDSMARKEDET

De hyppigste diagnoser bag sygemeldingerne i 2006 er sygdomme i bevægeapparat (25 pct. af sagerne), psykiske lidelser (24 pct.), eller læsioner og forgiftninger mv. (15 pct.).

Sygemeldingsdiagnosen har betydning for sygemeldtes tilbagevenden til arbejde. Personer sygemeldt med svulster (kræft), psykiske lidelser, læsioner og forgiftninger mv., og med flere diagnoser

har en markant større sandsynlighed for at komme i arbejde end personer med sygdomme i bevægeapparatet.

Blandt sygemeldte med psykiske lidelser har personer med nervøse og stressrelaterede tilstande en meget høj sandsynlighed for at komme i arbejde. I denne gruppe kommer 83 pct. af de sygemeldte i arbejde mod 56 pct. blandt andre sygemeldte. Endvidere viser analyserne, at personer med en psykisk lidelse ofte kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver.

Årsagen til, at sygemeldte med svulster har en stor chance for at komme i arbejde er først og fremmest, at de har en meget stor sandsynlighed for at vende tilbage til den arbejdsgiver, som de er sygemeldt fra.

BAGGRUND

Fravær fra arbejdsmarkedet på grund af sygdom udgør et væsentligt problem – både for den enkelte og for samfundet. Sygdom kan således for den sygemeldte indebære smerter og ubehag, forhøjet risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet og mindre eller dårligere kontakt til familie, venner og bekendte. Sygefravær er et problem for samfundet som helhed, fordi det mindsker udbuddet af arbejdskraft og øger samfundets udgifter til overførselsindkomster. Det er tidligere beregnet, at sygefraværet i Danmark svarer til, at 140-150.000 personer er fraværende fra arbejde hver dag (Dansk Arbejdsgiverforening, 2002; Beskæftigelsesministeriet, 2003). Det betyder altså, at den samlede produktion er mindre og udgifterne til sygedagpenge større, end hvis fraværet var mindre. Denne problemstilling er særlig aktuel i disse år, hvor sygefraværet vokser, samtidig med at behovet for arbejdskraft vokser på grund af den demografiske udvikling. Der er derfor gode grunde til at forsøge at reducere sygefraværet.

LOVÆNDRINGEN I 2005

I et forsøg på at dæmme op for de negative konsekvenser af sygefravær blev der i 2005 vedtaget en række ændringer af sygedagpengeloven (Lov nr. 396 af 1. juni 2005 med ikrafttrædelsesdato 1. juli 2005). Udspillet

kom i kølvandet på regeringens handleplan *Det gør vi ved sygefraværet* (Regeringen, 2003), der satte sig som mål at nedbringe og forebygge sygefraværet. Lovændringerne, der ses på i denne rapport, sigter på nedbringelse af sygefravær og er ikke rettet mod den forebyggende indsats. Der ligger både i handleplanen og den vedtagne lov et stærkt arbejdsmarkedsrettet fokus. Det vil sige, at reduktionen af sygefraværet skal ske ved, at flere sygemeldte kommer hurtigere tilbage til arbejdsmarkedet, og ikke ved at flere kommer hurtigere på førtidspension eller på andre offentlige ydelser.

Det skal bemærkes, at lovgivningen på sygedagpengeområdet igen blev ændret med lov nr. 563 af 9. juni 2006. Denne senere lovændring havde primært til formål at skabe en mere overskuelig lovgivning på sygedagpengeområdet og indebar en bedre indarbejdelse af praksis i lovgivningen samt en udskillelse af barselsreglerne fra sygedagpengeloven. Alle centrale bestemmelser fra 2005-ændringerne i sygedagpengeloven er dog videreført i 2006-udgaven. I det omfang vi i rapporten henviser til konkrete paragraffer i loven, er det til den p.t. gældende 2006-udgave.

Hovedindholdet i lovændringen fra 2005 er initiativer, der søger at styrke den kommunale sygefraværsindsats ved at systematisere og harmonisere kommunernes administrative praksis. Der er således kommet krav om:

- Visitation af sygemeldte i tre kategorier i forhold til sygdommens forventede varighed og den sygemeldtes risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet.
- Afholdelsen af personlig samtale med den sygemeldte inden udgangen af 8. fraværsuge.
- Tættere opfølgning i sager, hvor sygemeldtes arbejdsmarkeds-tilknytning kan være i fare ('risikosager', kategori 2), end i andre sager ('glatsager', kategori 1 og 'længerevarende sager', kategori 3).
- At der indhentes oplysningsskemaer fra alle sygemeldte.
- Obligatorisk opfølgningsplan udfærdiges i forbindelse med den 2. opfølgning.
- Øget brug af delvis tilbagevenden til arbejdet.
- Tættere kontakt til virksomhederne.
- Bedre koordinering af opfølgningsindsatsen.

I forlængelse af disse initiativer indeholder loven også andre redskaber og tiltag, der skal styrke den samlede indsats. Det drejer sig bl.a. om:

- Nye lægeerklæringer til kommuner og virksomheder
- Øget brug af andre aktører
- Bortfald af statens refusion til kommunernes udgifter til sygedagpenge ved manglende opfølgning.

Lovændringen prioriterer en række forhold, som har mest direkte betydning for den kommunale indsats i sygedagpengesagerne, men som også berører de sygemeldtes og arbejdsgivernes rolle i forbindelse med sygefravær. Samlet set kan man sammenfatte lovgivningens vigtigste intentioner i tre hovedpunkter: For det første et øget fokus på komplicerede sager. Kommunernes indsats skal målrettes, så indsatsen koncentrerer sig på de sager, hvor der er størst risiko for, at den sygemeldte mister arbejdsmarkedstilknytningen. For det andet skal der være større fokus på at bevare den sygemeldtes kontakt til arbejdspladsen under sygeforløbet. Dette skal bl.a. ske ved øget anvendelse af delvise syge-/raskmeldinger. For det tredje pålægges kommunerne i større grad at koordinere indsatsen mellem arbejdsgiveren, lægen og det øvrige sundhedssystem, så der opnås en mere sammenhængende indsats.

Endelig indeholder lovgivningen et element af økonomiske incitamenter i forhold til kommunerne i og med, at den statslige refusion af kommunernes udgifter til sygedagpenge bortfalder, hvis opfølgningskravet ikke overholdes (§ 62, stk. 4).

DATA OG METODE

UNDERSØGELSENS DATA

Undersøgelsens datamateriale stammer fra flere forskellige kilder:

1. Interviewundersøgelse gennemført i oktober-november 2002 og marts-april 2007 blandt henholdsvis 1.506 og 1.400 personer med en afsluttet sygedagpengesag af mere end 8 ugers varighed.
2. Spørgeskema til kommunerne om sagsbehandlingen af hver enkelt af de 1.506 og 1.400 sygedagpengesager.
3. Spørgeskema til de 39 kommuner, som undersøgelsens sygemeldte kommer fra. Kommunerne har besvaret spørgsmål om deres administrative politik på sygedagpengeområdet.
4. Registeroplysninger om sygedagpengemodtagernes personlige forhold og deres benyttelse af sundhedsvæsenets ydelser inden sygemeldingen.

INTERVIEWOPLYSNINGER

Denne rapport belyser forskellige effekter af de ændringer i sygedagpengeloven, som trådte i kraft 1. juli 2005. Vi belyser effekterne af lovændringerne ved at sammenligne data om kommuners administrative håndtering af langvarige sygedagpengesager fra 2002

(2002-datamaterialet) (Høgelund et al., 2003) og tilsvarende data fra 2006 (2006-datamaterialet). 2002-datamaterialet indeholder interviewoplysninger fra sygedagpengemodtagere udvalgt i 52 kommuner, som har afsluttet deres sag i perioden august 2001 til og med februar 2002. Kommunerne er udvalgt inden for 8 strata (grupperinger), som er lavet på baggrund af kommunernes geografiske placering og antal af sygedagpengesager i 2002. Denne stratificerede klyngeudvælgelse er valgt for at sikre, at sygedagpengemodtagerne i undersøgelsen er repræsentative for sygedagpengemodtagere i hele landet.

Af de 52 kommuner, har 39 kommuner i 2006 indvilget i at deltage i en gentagelse af undersøgelsen. 2006-datamaterialet indeholder derfor interviewoplysninger fra sygedagpengemodtagere udvalgt i 39 kommuner, som har afsluttet deres sag i perioden januar 2006 til og med juli 2006. Da vi i denne rapport ønsker at belyse udviklingen mellem 2002 og 2006, har vi kun medtaget sygedagpengesager fra de 39 kommuner, som medvirkede i både 2002 og i 2006. De to datamaterialer er nærmere beskrevet i rapportens bilag, jf. bilag til kapitel 3.

Sygedagpengemodtagere i de to datamaterialer er interviewet i telefon af SFI-Survey i henholdsvis oktober-november 2002 og marts-april 2007. Sygedagpengemodtagerne er derfor i gennemsnit interviewet ca. 10 måneder efter deres sagers afslutning. I 2002-datamaterialet er 1.506 sygedagpengemodtagere udvalgt til deltagelse i undersøgelsen. Heraf opnåede SFI-Survey interview med 1.213. Det giver en opnåelsesprocent på 81 i 2002-datamaterialet. I 2006-datamaterialet er 1.400 sygedagpengemodtagere udvalgt til deltagelse, og heraf er der opnået interview med 993. Det giver en opnåelsesprocent på 71 i 2006-datamaterialet.

I de analyser, hvor vi udelukkende bruger interviewoplysninger fra sygedagpengemodtagere, har vi frasorteret personer, som har opgivet, at de hverken er lønmodtagere eller ledige på interviewtidspunktet. Hermed reduceres 2002-datamaterialet til 1.195 personer og 2006-datamaterialet til 969 personer.

Endeligt har vi frasorteret personer med lange sygedagpengesager. Grunden hertil er, at vi ønsker at sammenligne sager fra *før* lovændringernes ikrafttræden med sager fra *efter* ændringernes ikrafttræden. I 2006-datamaterialet er der et antal sygedagpengemodtagere, som har første fraværsdag før juni/juli 2005. Deres sager har ikke fuldt ud været administreret efter de regler, som trådte i kraft med

ændringerne i sygedagpengeloven 1. juli 2005. Vi har derfor valgt at frasortere sager med første fraværsdag før den 1. juni 2005.² For at kunne lave valide sammenligninger mellem sygedagpengesager fra før og efter lovændringerne har vi på tilsvarende vis i 2002-datamaterialet valgt kun at medtage sygedagpengesager med første fraværsdag efter 1. januar 2001. Sygedagpengesagerne i de to datamaterialer får herved samme afgrænsning af deres varigheder, hvilket er en forudsætning for sammenligneligheden. Antallet af sygedagpengemodtagere reduceres gennem denne afgrænsning til 953 (2002) og 786 (2006).

BORTFALD

Når vi i denne rapport ønsker at sammenligne kommunernes administrative håndtering af langvarige sygedagpengesager før og efter den nye sygedagpengelov, er det vigtigt at undersøge, om bortfaldet har forskellig sammensætning i de to interviewrunder. En bortfaldsanalyse, hvori baggrundsvariablene køn, alder, uddannelse og samliv er inddraget, viser, at bortfaldet i de to interviewrunder blot afviger fra hinanden i forhold til andelen af personer, som er samlevende versus enlige. I 2002-datamaterialet er der signifikant større bortfald blandt enlige end blandt samlevende. I 2006-datamaterialet er der ikke forskel på bortfaldet for enlige og samlevende. For at undgå at denne forskel i bortfaldet mellem de to datamaterialer skaber bias i vores analyser, kontrollerer vi for samlivsstatus.

SPØRGESKEMAOPLYSNINGER OM KOMMUNERNES SAGSBEHANDLING

I december 2002 fik de 39 kommuner tilsendt et lille spørgeskema om deres sagsbehandling af de udvalgte 1.506 sygedagpengesager. Kommunerne besvarede i alt 1.431 skemaer, hvilket giver en opnåelsesprocent på 95. I oktober 2006 fik de samme 39 kommuner tilsendt et tilsvarende spørgeskema om deres sagsbehandling af de 1.400

2. 1. juni 2005 er valgt, fordi kommunerne normalt tidligst starter opfølgning og visitation efter 4 ugers sygemelding.

sygedagpengesager. Kommunerne besvarede 1.245 skemaer, hvilket giver en opnåelsesprocent på 89.³

SPØRGESKEMAOPLYSNINGER OM KOMMUNERNES ADMINISTRATION

I marts 2003 blev de 39 kommuner bedt om at besvare et spørgeskema om kommunens administrative politik på sygedagpengeområdet. Ballerup kommune, som på daværende tidspunkt behandlede sygedagpengesager to forskellige steder, fik tilsendt to skemaer, mens Københavns kommune, som på daværende tidspunkt behandlede sygedagpengesager i 14 servicecentre, fik tilsendt 14 skemaer. I alt blev der udsendt 53 skemaer til de 39 kommuner, hvoraf 50 blev besvaret, hvilket giver en svarprocent på 94. I april 2006 blev de samme 39 kommuner igen bedt om at besvare et spørgeskema om kommunens administrative politik på sygedagpengeområdet. I denne interviewrunde fik hver kommune blot tilsendt ét skema og heraf blev 38 skemaer besvaret, hvilket giver en svarprocent på 97.

REGISTEROPLYSNINGER

Endelig har vi tilkoblet en række registeroplysninger om undersøgelsens 1.506 sygedagpengemodtagere fra 2002-datamaterialet og 1.400 sygedagpengemodtagere fra 2006-datamaterialet. Fra Danmarks Statistiks Integrerede Database for Arbejdsmarkedsforskning (IDA) har vi koblet en række personoplysninger (civilstand, uddannelsesbaggrund, stilling mv.) og fra Sygehusbenyttelsesregisteret en række oplysninger om forbrug af ydelser i sundhedssystemet (kontakt til alment praktiserende læge og speciallæge mv.). Det lykkedes os at koble registeroplysninger på i alt 2.902 personer svarende til knap 100 pct.

SAMMENKOBLING AF DATA

De fleste af undersøgelsens analyser kombinerer to eller flere af de forskellige datasæt, hvilket betyder, at datagrundlaget udgøres af det antal

3. Nogle kommuner havde på grund af kommunesammenlægninger og etablering af nye jobcentre ikke ressourcer til at besvare skemaerne. I disse kommuner besvarede SFI skemaerne på grundlag af journaloplysninger.

personer, som der er oplysninger om i de pågældende datasæt. Eksempelvis udgør data 915 og 695 sygedagpengesager fra henholdsvis 2002 og 2006, når både interviewoplysninger fra sygedagpengemodtagerne og oplysninger om kommunernes sagsbehandling anvendes.

ANALYSEMETODE

Med denne rapport belyser vi udviklingen fra før til efter lovgivningen trådte i kraft ved at lave før og efter sammenligninger på baggrund af et 2002- og 2006-datamateriale. Når vi anvender oplysninger fra de to datamaterialer, vægter vi sygedagpengesagerne således, at vi korrigerer for bortfald og udvalgsandsynlighed. De anvendte vægte sikrer dermed, at sygedagpengemodtagerne i de to datamaterialer kan antages at være repræsentative for personer med en afsluttet sygedagpengesag af mellem 2 og 13 måneders varighed for alle landets kommuner anno 2002 og 2006.

Når vi eksempelvis sammenligner oplysninger om den kommunale sagsbehandling fra 2002 og 2006 og vil afgøre, om der er sket en udvikling, tester vi, om der er statistisk signifikant forskel på oplysningerne i de to år. En sådan test fortæller populært sagt, hvor sikre vi kan være på, at de målte forskelle er reelle forskelle i populationen. Testen giver en p-værdi, hvilket er en signifikanssandsynlighed, som vi rapporterer i anmærkningerne under rapportens tabeller. P-værdien varierer mellem 0 og 1, og jo mindre den er, jo sikre kan vi være på, at de forskelle, vi finder mellem de to år, er reelle. Når p-værdien er mindre end 0,05, konkluderer vi, at der er signifikant forskel mellem tallene i tabellen.⁴ Er p-værdien eksempelvis 0,04 betyder det, at der kun er 4 pct.'s risiko for, at konklusionen om, at der er forskel på tallene, er forkert.

Vores design for udvælgelse af sygedagpengesager har den konsekvens, at der kan være afhængighed mellem de interviewede sygedagpengemodtagere inden for hver af de 39 kommuner og inden for hvert af de 8 strata (grupperinger). Konsekvensen af dette er, at vi ikke kan benytte samme signifikanstest, som hvis udvælgelsen af sygedagpengesager havde været simpel tilfældig. Standardfejlene, altså

4. Der er ikke nogen videnskabelig "rigtig" grænse for signifikansniveauet, og den fastsættes ofte efter datamaterialets størrelse og karakter.

den usikkerhed der er, når vi på baggrund af stikprøven vil sige noget om populationen, ville i så fald blive udregnet forkert. Når vi tester, om forskelle mellem 2002 og 2006 er signifikante, gør vi det derfor i en multi-level-model, som netop tager højde for afhængighed mellem observationer inden for grupper, fx kommuner og strata. Signifikanstesten foretages uden vægte, da multi-level-modellen automatisk vægter vores data efter antal kommuner og strata (grupperinger).

KORT OM FORDELE OG ULEMPER VED ANALYSER OG DATA

Fordele ved denne rapporters analyser af effekten af lovændringerne er, at de foretages på baggrund af data fra både før og efter reformen trådte i kraft, og at data kommer fra flere forskellige kilder. Når vi har data fra både før og efter at loven trådte i kraft, har vi mulighed for at undersøge effekten af de ændringer, som reformen potentielt har ført med sig i kommunernes administration af langvarige sygedagpengesager. Man skal imidlertid være opmærksom på, at når vores vurdering af lovændringernes effekter bygger på før-/efter-sammenligninger, så kan der være andre forhold end lovændringen, som har betydning. For eksempel kan ændrede økonomiske konjunkturer spille en rolle for, hvor mange sygemeldte der kommer i arbejde, ligesom ændret praksis i tilkendelsen af førtidspension kan påvirke sygedagpengesagerne. Hvis vi ikke korrigerer for sådanne forhold, kan vi fejlagtigt tillægge lovændringerne en betydning, de ikke har haft. I analyserne korrigerer vi bl.a. for ledighedsniveauet, men der kan være andre forhold, som vi ikke har tænkt på og derfor ikke har inddraget i analyserne, og som i princippet kan påvirke resultaterne.

Data kommer som nævnt fra flere forskellige kilder, og når disse kilder kombineres, opnår vi et meget omfattende og detaljerigt materiale. Datamaterialet giver derfor gode muligheder for at belyse en række spørgsmål om betydningen af både kommunernes politik på området og sagsbehandlernes konkrete implementering af kommunernes politik og endeligt betydningen af sygedagpengemodtagernes egne forhold. Hertil kommer, at data er indsamlet på samme måde og så vidt muligt med brug af præcis samme spørgsmålsformuleringer i 2002 og 2006, hvilket alt andet lige sikrer et højt niveau af sammenlignelighed.

Undersøgelsens design har imidlertid også et par svagheder. For det første er sygedagpengemodtagerne interviewet efter afslutningen af

sygemeldingen. Det betyder, at oplysninger fra sygedagpengemodtagerne om deres helbred på sygemeldingstidspunktet kan være fejlagtige – de kan være påvirket af sygemeldingens forløb. Personer, som har haft et kompliceret forløb og ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, vil fx kunne overvurdere, hvor alvorlige deres helbredsproblemer var. Som indikator for de sygemeldtes helbred ved sygemeldingens begyndelse er der derfor anvendt en række oplysninger om situationen inden sygemeldingen. Det gælder fx, om de sygemeldte tidligere har været langvarigt sygemeldt, og antallet af kontakter til egen læge og speciallæge året inden sygemeldingen.

ET FØRSTE KIG PÅ DATA

I de følgende kapitler belyser vi bl.a., hvilke ændringer der er sket mellem 2002 og 2006 i kommunernes organisering og indsats på sygedagpengområdet og i de sygemeldtes kontakt til sundhedsvæsenet og arbejdsgiveren. Udviklingen i sygemeldingernes varighed og i de sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet tager vi først op i rapportens sidste kapitler – kapitel 9 og 10. For at give et første indblik i disse forhold slutter vi dette kapitel med at bringe nogle centrale indikatorer for de sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet. Indikatorerne bygger på datamaterialet, som det er afgrænset ovenfor – dvs. sygedagpengesager fra 2006 med første fraværsdag efter juni 2005, som blev afsluttet i første halvår af 2006, og sager fra 2002, som er afgrænset på samme måde. Det betyder, at datamaterialet ikke omfatter sager med en varighed på over ca. 13 måneder.

Vi har spurgt de sygemeldte, om de har været i arbejde uden offentlige tilskud, efter de blev sygemeldt, og hvis det er tilfældet, har vi spurgt, hvornår de første gang begyndte at arbejde efter sygemeldingen.⁵ Herudover har vi registeroplysninger (fra KMD) om sygemeldingens

5. Vi har også spurgt, om de sygemeldte var i arbejde på det tidspunkt, hvor interviewet foregik (det var 67 pct. i 2002 og 70 pct. i 2006). Ideelt set burde alle, som er i arbejde på interviewtidspunktet, også svare, at de har været i arbejde, siden de blev sygemeldt. Der er imidlertid nogle (3 pct. af de sygemeldte i 2002 og 12 pct. i 2006), som svarer, at de er i arbejde på interviewtidspunktet, men ikke har været i arbejde siden de blev sygemeldt. I tabel 3.1 er disse personer regnet som om, at de har været i arbejde, efter de blev sygemeldt, og varigheden, til de kommer i arbejde (i tabel 3.2), er beregnet som tiden fra første fraværsdag til interviewtidspunktet.

varighed og om årsagen til, at udbetalingen af sygedagpenge ophørte. Hvis den sygemeldte selv raskmeldte sig, vil det i mange tilfælde afspejle, at sygemeldingen ophørte, fordi den sygemeldte kom i arbejde. Tabel 3.1 (procentandele) og tabel 3.2 (varigheder) viser indikatorerne for arbejdsmarkedstilknytning i 2002 og 2006.

TABEL 3.1

Indikatorer for de sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet i 2002 og 2006. Procent.

	2002	2006
I arbejde efter sygemeldingens begyndelse?		
Ja	77	76
Nej	23	24
Antal	940	752
Sag ophørt pga. raskmelding fra den sygemeldte?*		
Ja	70	76
Nej	30	24
Antal	1.204	1.127

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. * angiver, at der er signifikant forskel på andelen i 2002 og 2006 ($p < 0,05$). Forskellen er signifikant med kontrol for samlivsstatus.

Oplysningerne fra spørgeskemaerne, om de sygemeldte har været i arbejde, siden de blev sygemeldt, tyder på, at de sygemeldte har samme tilknytning til arbejdsmarkedet i 2002 og i 2006. Andelen, som har været i arbejde efter sygemeldingens begyndelse, er således den samme i de to år (henholdsvis 77 pct. og 76 pct.).

Der er derimod væsentlig forskel på andelen af sygemeldte, som selv har raskmeldt sig. I 2002 blev 70 pct. af sagerne afsluttet med, at de sygemeldte raskmeldte sig mod 76 pct. i 2006. Det tyder på, at flere sygemeldinger blev afsluttet ved, at de sygemeldte kom i arbejde i 2006 end i 2002.

Tabel 3.2 viser, at sygemeldingerne i gennemsnit varede længere i 2006 end i 2002. I 2002 var den gennemsnitlige varighed 129 dage, mens den i 2006 var 135 dage. Det svarer til, at sagerne i 2002 i gennemsnit varede 4 måneder og 1 uge, mens de i 2006 varede 4 måneder og 2 uger. Ser vi derimod på de sygemeldtes oplysninger om, hvornår de kom i arbejde, er denne periode markant længere i 2006 end i 2002. Mens sygemeldte, der kom i arbejde i 2002-datamaterialet,

begyndte at arbejde første gang ca. 6 måneder efter, de blev sygemeldt, var denne periode mere end 7 måneder blandt sygemeldte i 2006-datamaterialet.⁶

TABEL 3.2

Gennemsnitlig varighed af sygemelding og varighed af tid indtil de sygemeldte kommer i arbejde i 2002 og 2006. Procent.

	2002	2006
Sygemeldingens varighed i dage	129	135
Antal	1.204	1.127
Varighed i måneder til den sygemeldte kommer i arbejde*	5,7	7,0
Antal ¹	682	540

Anm. : Tabellen bygger på vægtede data. * angiver, at der er signifikant forskel på gennemsnittet i 2002 og 2006 ($p < 0,05$). Forskellen er signifikant med kontrol for samlivsstatus.

1. Omfatter sygemeldte, som kommer i arbejde.

Resultaterne tyder således på, at andelen af sygemeldte, som kommer i arbejde i den undersøgte periode, er den samme eller lidt større i 2006 end i 2002 samtidig med, at der går længere tid i 2006 end i 2002, inden de sygemeldte henholdsvis bliver raskmeldt eller kommer i arbejde. Det tyder således på, at sygemeldingerne er blevet længere.⁷

-
6. Ændringerne af varighederne for personer, som oplyser, at de var i arbejde på interviewtidspunktet, men ikke har været i arbejde siden sygemeldingen (se kapitel 9), har en betydning for disse varigheder. Uden ændringerne er varigheden, indtil de sygemeldte kom i arbejde, i gennemsnit 5,2 måneder i 2002 og 5,8 måneder i 2006 ($p\text{-værdi}=0,022$).
 7. På grund af datamaterialets afgrænsning (hvor hverken korte sager med en varighed på mindre end 9. uger, eller lange sager med en varighed på mere end 13. måneder er medtaget) kan den gennemsnitlige varighed af sygedagpengesager ikke direkte sammenlignes med nationale statistikker over varigheden af sygedagpengesager.

ORGANISATORISKE ÆNDRINGER AF SYGEDAG- PENGEADMINISTRATIONEN

INDLEDNING

Når sygedagpengeloven ændres, som fx i 2005, må det formodes, at socialforvaltningerne ændrer deres administration for at give de sygemeldte den rigtige sagsbehandling. Nogle af de vigtigste ændringer skal nævnes indledningsvis her. Kommunerne skal visitere sygemeldte i tre kategorier, nemlig ”glatsager”, ”risikosager” og ”længerevarende sager”. De skal lave tættere opfølgning og bruge obligatoriske opfølgningsplaner, som skal foreligge færdigudarbejdet efter anden opfølgningssamtale. Endelig lægges der op til, at kommunerne i større omfang kan benytte sig af private aktører.

I 2002 blev det undersøgt, hvordan kommunerne greb sagsbehandlingen an i sygedagpengesager, og det er 2002-undersøgelsen, som denne undersøgelse sammenlignes med. En sådan sammenligning er mulig, fordi de samme kommuner indgår i begge undersøgelser, og fordi de er blevet stillet de samme spørgsmål. Det kan derfor statistisk testes, om der er nogen forskel mellem 2002 og 2006, og dermed ses, om der er sket nogen ændringer i sagsbehandlingen i løbet af den periode, efter lovændringerne er trådt i kraft. I alt har 38 af de udvalgte kommuner besvaret spørgeskemaet i både 2002 og 2006.

Det er dog ikke på alle punkter, at vi foretager en sammenligning med 2002. I nogle spørgsmål spørges direkte, om loven har medført ændringer i sagsbehandlingen, og om medarbejderne er blevet rustet til at løfte opgaverne. På den måde fås et direkte udtryk for kommuners vurdering af, hvilke konsekvenser den nye lov har haft for sagsbehandlingen i 2006.

I dette kapitel ser vi først på ændringerne i sagsgangen internt i forvaltningen. Så ser vi på, om den nye lov har medført nogen ændringer i samarbejdet med virksomhederne, hvilket efterfølges af, hvad konsekvenserne har været for samarbejdet med lægerne. Endelig belyser vi, om lovinitiativerne har betydet noget for samarbejdet med andre kommuner og andre private aktører på området.

INDKØRING AF DE NYE REGLER I FORVALTNINGEN

Forvaltningerne er blevet spurgt, om de har ændret på arbejdsgangene som følge af ændringerne i sygedagpengeloven, jf. tabel 4.1. Spørgsmålet dækker over mange slags ændringer, hvoraf nogle omtales her: 1) Det kan dreje sig om, hvorvidt forvaltningerne har ændret på den måde, de henter ekstra oplysninger om en sygemeldt ud over dem, der står i dagpengeanmeldelsen: Tilsendes den sygemeldte fx et oplysningsskema? Kontaktes den sygemeldte telefonisk? Indkaldes den sygemeldte til et møde i forvaltningen? Anmodes den sygemeldte om at fremsende lægeerklæring m.m. 2) Der kan også være tale om, at forvaltningerne har ændret visitationspraksis i forbindelse med nye sygedagpengesager. Ifølge loven skal de nu visitere i henhold til tre kategorier: a) glatsager, b) risikosager og c) længerevarende sager, hvilket ikke var tilfældet før lovgivningen. 3) Som en sidste ting skal det nævnes, at forvaltningerne nu skal lave tættere opfølgning. Det skal de især i risikosager, hvor der er fare for, at sygemeldte mister tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Af tabel 4.1 ses det, at kun 21 pct. af forvaltningerne i nogen eller i høj grad har ændret på arbejdsgangene. Andre 25 pct. har gjort det i mindre grad, mens 55 pct. af forvaltningerne ikke har haft behov for det. Det kunne tyde på, at administrationen hos de fleste stort set var gearret til den nye visitations- og opfølgningspraksis, som loven kræver.

De kommuner, som i høj grad og i nogen grad har ændret på arbejdsgangene, blev bedt om at angive, hvilke ændringer de har

foretaget. Overordnet er det kun ændringer af visitationen og opfølgningen, som omtales. Der gives kun få eksempler, da kun ganske få har angivet, hvad de har gjort.

TABEL 4.1

Har forvaltningen inden for det sidste år ændret på arbejdsgangene for sygedagpengemodtagere, som følge af ændringerne i sygedagpenge-loven? 2006. Procent, (n = 38).

	Procent
I høj grad	13
I nogen grad	8
I mindre grad	25
Slet ikke	55
I alt	101

Med hensyn til visitationen er der en kommune, som nu har oprettet en visitationsgruppe, som tager sig af alle sager. En anden har gjort visitationen og risikovurderingen mere ensartet. En tredje har sat større fokus på risikovurderingen, mens en fjerde er gået fra cpr-numre til risikokategorier, når sagerne fordeles på sagsbehandlere.

Når det kommer til opfølgningen, har en kommune skærpet retningslinierne omkring opfølgningen, og den har udarbejdet en standardiseret opfølgningsplan. I en anden kommune har man oprettet en administrativ gruppe og en opfølgningsgruppe. I en tredje kommune arbejdes der efter et opfølgningsskema meget lig den første kommune. En fjerde kommune har rykket opfølgningen frem.

Ligesom sagsgangen i forvaltningen kan ændres, kan medarbejderne forberedes på at håndtere de nye regler. Det kan bl.a. ske enten ved at udarbejde fælles retningslinjer for visitation og opfølgning og/eller ved at uddanne personalet. I det første tilfælde er forvaltningen primært orienteret mod regelstyring for at løse opgaverne. De enkelte sagsbehandlere tager selv hånd om sagen ud fra de fælles retningslinjer i stedet for at gå til deres ledere for at høre, hvad der skal ske i sagen. Eventuelt spørger de deres kollegaer. Når forvaltningen uddanner sit personale, satser den på at opgradere sagsbehandlernes kunnen, så de kan udføre deres arbejde i overensstemmelse med den nye lovgivning.

I tabel 4.2 ses det, i hvilket omfang forvaltningerne har benyttet sig af de enkelte tiltag for at forberede medarbejderne. Som tabellen

viser, har de fleste forvaltninger udarbejdet fælles retningslinjer for visitation af sygedagpengesagerne. Ca. tre fjerdedele af forvaltningerne har således udarbejdet retningslinjer for henholdsvis visitation og opfølgning. Der er således meget, der tyder på, at fælles retningslinjer spiller en væsentlig rolle i kommunernes håndtering af den nye lov.

TABEL 4.2

Har forvaltningen i forbindelse med indførelsen af de nye regler om visitation og opfølgning i sygedagpengesager mv. gjort noget for at forberede sygedagpengemedarbejderne på at håndtere de nye regler? 2006. Procent, (n = 38).

	Ja	Nej	I alt	Antal ubesvaret
Der er udarbejdet fælles retningslinjer for visitation af nye sygedagpengesager	70	30	100	1
Der er udarbejdet fælles retningslinjer for sygedagpengeopfølgning	76	24	100	1
Der har været afholdt eksternt kursus af mindst en halv dags varighed for medarbejdere i sygedagpengeafsnittet/afdelingen	74	26	100	1
Der har været afholdt internt kursus af mindst en halv dags varighed for medarbejderne i sygedagpengeafsnittet/afdelingen	49	51	100	3
Der har været afholdt et eller flere oplæg eller temamøder med eksterne oplægsholdere	31	69	100	3
Sygedagpengeafsnittet/afdelingen har afholdt et eller flere interne temamøder	77	23	100	2

Samtidig viser tabel 4.2, at opkvalificering af medarbejderne også spiller en rolle i alle kommunerne. 74 pct. af forvaltningerne har afholdt eksternt kursus for sygedagpengemedarbejderne, og 77 pct. har afholdt et eller flere interne temamøder. Medregnes også internt kursus og temamøder med eksterne oplægsholdere, viser det sig, at alle forvaltninger har fundet det nødvendigt at opgradere deres medarbejdere til de nye regler gennem en eller anden form for uddannelsesaktivitet.

Alt i alt må det siges, at forvaltningerne kun i begrænset omfang har ændret deres arbejdsgange. De har dog i noget større omfang indført fælles retningslinjer for deres sagsbehandlere, og de har alle sammen fundet det nødvendigt at opgradere deres medarbejdere til de nye regler med et kursus eller en temadag.

SAMARBEJDE MED VIRKSOMHEDERNE

Formålet med sygedagpengeloven er, at sygdomsramte så vidt muligt under hensyntagen til den enkeltes helbred og muligheder skal i arbejde igen. Derfor siger loven, at forvaltningerne skal gøre, hvad de kan for at få et samarbejde i gang med virksomhederne med det formål for øje. Det kan være med de sygdomsramtes arbejdsplads i en såkaldt fastholdelsessag eller en helt ny virksomhed i en såkaldt integrationssag, når den sygdomsramte ikke kan fortsætte på sin gamle arbejdsplads.

Forvaltningerne har ifølge loven forskellige redskaber til rådighed, som de kan bruge for at skaffe en sygdomsramt et job på en virksomhed. Det kan være 1) delvis raskmelding, hvor den sygdomsramte arbejder på nedsat tid, 2) revalidering, når de sygdomsramte skal have vurderet eller optrænet deres arbejdsevne, 3) fleksjob, når en revalidering har vist, at deres arbejdsevne er varigt nedsat og 4) støtte til hjælpemidler, som den sygdomsramte skal bruge for at kunne udføre jobbet. Disse ordninger kræver alle et vist samarbejde med virksomhederne, hvis de skal lykkes. Selv når den sygdomsramte raskmeldes helt uden tab af arbejdsevne, kan et samarbejde med virksomhederne være en hjælp til, at den sygdomsramte kommer i arbejde så hurtigt som muligt.

TABEL 4.3

Har forvaltningen som følge af ændringerne i sygedagpengeloven pr. 1. juli 2005 ændret på kontakten til virksomheder i sygedagpengesager? 2006. Procent, (n = 38).

	Procent
Ja, i høj grad	3
Ja, i nogen grad	21
Nej	76
I alt	100

Forvaltningerne er blevet spurgt, om den nye lov har medført nogen ændringer i samarbejdet med virksomhederne, så den sygdomsramte kan komme i arbejde, jf. tabel 4.3. Ændringerne kan primært angå opfølgningen, fx hurtigere kontakt til arbejdspladsen efter sygemelding eller antallet af samarbejdsaftaler med virksomhederne. Ganske få (3

pct.) siger, at det i høj grad har medført ændringer i samarbejdet. 21 pct. siger, at det har det i nogen grad, mens de resterende 76 pct. siger, at det har det ikke. Den nye lov har således ikke medført mærkbare ændringer for de fleste forvaltninger.

Hvis den nye lov har medført ændringer for forvaltningerne, er de blevet bedt om at angive, hvad de konkret går ud på. De få, der har svaret, siger, at de følger hyppigere op, og at de gør det tidligere end før. Nogle stykker spørger nu den sygemeldte om kontakten til dennes arbejdsplads, og andre deltager i samtaler på virksomheden.

Med hensyn til kommunernes partnerskabsaftaler med virksomhederne er der sket en signifikant udvikling siden 2002, hvilket fremgår af tabel 4.4. En partnerskabsaftale er typisk en gensidigt forpligtende aftale mellem kommune og virksomhed. For eksempel kan kommunen forpligtige sig til hurtigere opfølgning eller tættere kontakt til virksomheden, mens virksomheden forpligter sig til at gøre en større indsats for fastholdelse eller at tage sygemeldte i virksomhedsrevalidering (jf. Høgelund et al., 2003). Antallet af kommuner med partnerskabsaftaler er gået ned fra 78 pct. i 2002 til 55 pct. i 2006, og det samlede antal partnerskabsaftaler i samme periode er faldet fra 184 til 118.

TABEL 4.4

Har forvaltningen indgået skriftlige aftaler (partnerskabsaftaler) med en eller flere virksomheder om fx fastholdelse af virksomhedens sygemeldte medarbejdere og/eller virksomhedsrevalidering? 2002 og 2006. Procent, (n = 38).

	2002	2006
Ja	78	55*
Nej	22	45*
Antal ubesvaret	0	1
Antal indgåede partnerskabsaftaler i alt	184	118*
Antal ubesvaret	0	17

Anm.: * angiver, at ændringen er signifikant fra 2002 på 0,05-pct.'s niveau.

Tabel 4.5 viser, hvordan forvaltningernes samarbejde med virksomhederne ellers udmønter sig i 2002 og 2006. En måde, det sker på, er, at virksomhedskonsulenter informerer om økonomiske og råd-

givningsmæssige ordninger. Det vil fx sige, at virksomhedskonsulenter fortæller om, hvordan virksomhederne kan hjælpe den sygdomsramte i arbejde igen. Det kan dreje sig om delvis raskmelding, revalidering, fleksjob og lignende ordninger. Samtidig står de kommunale virksomhedskonsulenter til rådighed med råd og vejledning om brugen af disse ordninger samt om andet relevant i forbindelse med ordningerne.

Som tabel 4.5 viser, er der sket en mindre insignifikant forskydning fra 2002 til 2006 med hensyn til, om virksomhedskonsulenterne informerer om disse muligheder. Kun 41 pct. i 2006 mod tidligere 56 pct. i 2002 gør det i høj grad, mens 14 pct. i 2006 mod 4 pct. i 2002 slet ikke gør det. En lignende udvikling ses, når forvaltningerne bliver spurgt, om de annoncerer eller oplyser om brugen af mulighederne for at hjælpe sygdomsramte medarbejdere.

Når det gælder afholdte temamøder om mulighederne for at hjælpe sygdomsramte medarbejdere, er der sket en signifikant udvikling mellem de to undersøgelsesår. Tendensen er, at en del flere kommuner ikke har afholdt temamøde for virksomhederne i 2006 i forhold til 2002. 39 pct. afholdte ikke temamøder i 2002, mens det er steget til 55 pct. i 2006. Forvaltningerne er således blevet mere tilbageholdende med temamøder i 2006 end i 2002. Det kan skyldes, at de er blevet mere realistiske i forhold til, hvad de kan få virksomheder til at deltage i.

Ser man på, om forvaltningerne informerer om ordninger, når virksomhederne henvender sig, er forskellen signifikant mellem 2002 og 2006. For eksempel gjorde 51 pct. det i høj grad i 2002, hvilket er steget til 62 pct. i 2006. Det må konstateres, at forvaltningerne lægger stor vægt på at give virksomhederne den nødvendige information, når de henvender sig om en syg medarbejder. Det kan dog ikke udelukkes, at det er en passiv strategi, fordi de selv ikke har været opsøgende og fortalt om mulighederne.

Endelig viser tabel 4.5, at der ikke er væsentlig ændring mellem 2002 og 2006 i, hvor ofte kommunen iværksætter særlige initiativer, som involverer arbejdsgivere. I begge år er det således omkring 10 pct. af kommunen, som i høj grad anvender denne form for initiativer.

TABEL 4.5

Hvordan udmønter kontakten/samarbejdet sig med de lokale arbejdsgivere? 2002 og 2006. Procent, (n = 38).

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt	Ube- svaret
Virksomhedskonsulenter						
informerer om økonomiske og						
rådgivningsmæssige						
ordninger						
2002	56	22	18	4	100	4
2006	41	30	14	14	99	0
Forvaltningen annoncerer om						
økonomiske og						
rådgivningsmæssige						
ordninger						
2002	3	5	40	52	100	4
2006	0	11	25	64	100	3
Forvaltningen oplyser i brev						
om økonomiske og						
rådgivningsmæssige						
ordninger						
2002	5	11	35	49	100	4
2006	1	14	19	67	101	2
Forvaltningen afholder						
temamøder med						
arbejdsgiverne						
2002	4	19	38	39	100	4
2006*	0	21	23	55	99	4
Sagsbehandlere informerer						
om ordninger, når						
arbejdsgivere henvender sig						
2002	51	39	4	6	100	4
2006*	62	29	3	6	100	2
Forvaltningen iværksætter						
særlige projekter under						
inddragelse af lokale						
arbejdsgivere						
2002	11	30	24	35	100	4
2006	8	17	20	54	99	3

Anm.: * angiver, at der er en signifikant forskel mellem 2002 og 2006.

Ser vi helt generelt på forvaltningernes samarbejde med virksomhederne, er der væsentlig flere forvaltninger i 2006 end i 2002, som vurderer, at det fungerer godt, jf. tabel 4.6. 52 pct. af forvaltningerne vurderer samarbejdet til at være ret godt eller meget godt i 2002. Denne andel ligger på 72 pct. i 2006. Hvad det skyldes, kan være svært at sige, når der

ikke er sket de store organisatoriske ændringer, og når forvaltningerne stort set gør det samme over for virksomhederne i 2002 og 2006.

Samlet set må det siges, at forvaltningerne er blevet mere tilfredse med samarbejdet med virksomhederne på trods af, at der er sket et fald i brugen af konkrete tiltag, såsom partnerskabsaftaler og temamøder (jf. tabel 4.5).

TABEL 4.6

Hvor godt fungerer forvaltningens samarbejde med virksomhederne alt i alt? 2002 og 2006. Procent, (n = 38).

	Meget dårligt	Ret dårligt	Hverken godt eller dårligt	Ret godt	Meget godt	I alt	Ubesvaret
2002	3	5	40	52	0	100	4
2006*	0	0	28	51	21	100	2

Anm.: * angiver, at der er en signifikant forskel mellem 2002 og 2006.

SAMARBEJDET MED LÆGER

I tabel 4.7 fremgår forvaltningernes svar på, om de har ændret på deres samarbejde med de praktiserende læger efter indførelsen af den nye lov i 2005. Nedenfor ses der på, hvordan det konkrete samarbejde med de praktiserende læger udmønter sig og har ændret sig siden den nye lovs ikrafttræden. Som det fremgår, har kun 16 pct. af forvaltningerne ændret deres samarbejde med lægerne i høj grad eller i nogen grad.

Hvis forvaltningerne i høj eller nogen grad har ændret på deres praksis i forhold til de praktiserende læger, er de blevet bedt om at angive, hvordan de har gjort det. Ganske få har svaret. En siger, at der oftere tages telefonisk kontakt til lægerne. En anden begrundet en hyppigere telefonisk kontakt med, at der udstedes færre lægeerklæringer. Fra en tredje forvaltning lyder det, at de nye erklæringer med deres fokus på, hvad borgeren kan arbejdsmæssigt, ikke fungerer. Endelig siger en fjerde, at et formaliseret samarbejde med lægerne ikke fungerer.

TABEL 4.7

Har forvaltningen som følge af ændringerne i sygedagpengeloven pr. 1. juli 2005 ændret praksis med hensyn til, hvordan samarbejdet med praktiserende læger foregår? 2006. Procent, (n = 38).

	Procent
I høj grad	4
I nogen grad	12
I mindre grad	39
Slet ikke	45
I alt	100

I tabel 4.8 ser vi mere konkret på, hvad samarbejdet med de praktiserende læger går ud på, og hvordan det har ændret sig siden 2002. Svarene er opstillet efter, hvor formaliseret og vidtgående samarbejdet er. Den første fremgangsmåde, afholdelse af temamøder, er en meget løs og uforpligtende måde at udveksle informationer af fælles interesse. De næste to er også forholdsvis uformelle eller løse i deres karakter. I disse tilfælde tager sagsbehandleren eller lægekonsulenten kontakt til den praktiserende læge efter behov. Der foreligger ikke noget formelt om, hvordan dette samarbejde skal foregå. I de sidste to former for samarbejde er der tale om et formaliseret samarbejde. Det ene går ud på, at sygedagpengeafsnittet har individuelle aftaler med de enkelte læger, fx om hurtig udstedelse af lægeerklæringer. Det andet er et samarbejde på overordnet plan, som kan gå ud på, at sygedagpengeafsnittet og lægerne i området har dannet et samarbejdsorgan, som finder fælles løsninger på, hvad samarbejdet skal indeholde. I stedet for at skulle lave individuelle aftaler med lægerne er fordelene ved et fælles organ, at det er forholdsvis let at koordinere og lave aftaler med et organ, som repræsenterer alle læger. Et eksempel på, hvad sådan et samarbejde kan omhandle, er hurtig udstedelse af lægeerklæringer.

Både i 2002 og 2006 er den mest benyttede metode helt klart, at sagsbehandleren har den direkte kontakt til den sygemeldtes læge i enkeltsager. Det er tilfældet i over 90 pct. af forvaltningerne i begge år. I forhold til 2002 er der flere forvaltninger i 2006, der har formelle samarbejdsaftaler med lægerne – en stigning fra 9 pct. til 17 pct. Stigningen er dog ikke statistisk signifikant. 30 pct. af forvaltningerne har et overordnet samarbejde med lægerne i begge år, altså ingen ændring fra 2002 til 2006. De 30 pct. tyder også på, at sådan et samarbejde med faste rammer prioriteres højt af kommunerne.

TABEL 4.8

Hvordan udmønter kontakten/samarbejdet med de praktiserende læger sig? 2002 og 2006. Procent, (n = 38).

	Ja	Nej	I alt	Ubesvaret
Forvaltningen afholder temamøder med de praktiserende læger i kommunen				
2002	55	45	100	3
2006	56	44	100	1
I enkeltsager har sagsbehandler oftest den direkte kontakt til klients læge				
2002	91	9	100	3
2006	92	8	100	1
I enkeltsager har lægekonsulent oftest den direkte kontakt til klients læge				
2002	30	70	100	3
2006	14	86	100	
Forvaltningen har samarbejdsaftaler med de enkelte praktiserende læger				
2002	9	91	100	3
2006	17	83	100	1
Forvaltningen har etableret et formaliseret samarbejde med de praktiserende læger på et overordnet plan				
2002	30	70	100	3
2006	30	70	100	1

For at få et mere udbytterigt samarbejde med lægerne stiller den nye lov større krav til lægeerklæringerne. I den gamle erklæring skulle lægen blot angive forventet sygeperiode og diagnose. Den nye erklæring er langt mere udførlig. Den består af to dele. På del 1 angiver lægen stort set de samme oplysninger som i den gamle erklæring, men på del 2 angiver han/ hun en række supplerende oplysninger. De angår behandlingsmuligheder og de konsekvenser, sygdommen har for arbejdsevne, skånebehov, misbrugsproblemer og andet. Med del 2 får sagsbehandlerne et mere solidt grundlag for at træffe beslutning om, hvad der skal ske i sagen.⁸

Af tabel 4.9 fremgår det, at sagsbehandlerne ikke synes, at den nye erklæring er bedre end den gamle. 53 pct. synes, den hverken er bedre eller dårligere end den gamle, 20 pct. synes ligefrem, den er dårligere, og 27 pct. synes, den er bedre.

8. Del 2 udfyldes kun, hvis forvaltningen har bedt om det, eller hvis lægen selv skønner, at det skal gøres.

Forvaltningerne er blevet bedt om at anføre, hvad de konkret mener, at de nye erklæringer har betydet. De forvaltninger, som er positivt stemt over for lægeerklæringen siger, at den i højere grad end tidligere indebærer at lægerne inddrages i sagerne. Flere forvaltninger siger også, at de får mere fyldig viden om den sygdomsramtes arbejdsevne og risiko for udstødelse af arbejdsmarkedet. I det hele taget er oplysningerne blevet mere fyldestgørende og akkurate, som en forvaltning siger.

TABEL 4.9

Er den nye lægeerklæring (LÆ 255) dårligere eller bedre end de gamle lægeerklæringer (LÆ 205/215)? 2006. Procent, (n = 38).

	Procent
Nye er bedre end gamle	27
Nye er hverken bedre eller dårligere end gamle	53
Nye er dårligere end gamle	20
I alt	100

De forvaltninger, som ikke synes, den nye erklæring er bedre end den gamle, angiver forskellige begrundelser for deres vurderinger. Nogle forvaltninger mener, at de ikke får mere information med den nye erklæring end med den gamle. En forvaltning mener, at værdien af oplysningerne i erklæringen afhænger af lægernes engagement. Andre forvaltninger giver udtryk for, at lægerne ikke er gode nok til at udfylde erklæringen. Endelig savner et par af forvaltningerne plads i erklæringen til, at lægerne kan give supplerende oplysninger. Der er således flere grunde til, at en del af forvaltningerne ikke er tilfredse med den nye erklæring.

TABEL 4.10

Hvor godt fungerer forvaltningens samarbejde med praktiserende læger alt i alt? 2002 og 2006. Procent (n = 38).

	Meget dårligt	Ret dårligt	Hverken godt eller dårligt	Ret godt	Meget godt	I alt
2002	0	0	24	51	25	100
2006	2	2	26	51	18	99

På baggrund af beskrivelsen af de forskellige aspekter af forvaltningers samarbejde med lægerne spørger vi til, hvordan forvaltningerne ser på samarbejdet alt i alt. Svaret på det spørgsmål fremgår af tabel 4.10. I det store og hele må det siges, at forvaltningerne vurderer samarbejdet som godt. Knap 76 pct. af forvaltningerne siger i 2002, at samarbejdet fungerer ret godt eller meget godt, mens knap 70 pct. gør det i 2006. Omkring 25 pct. i de to år synes, at det hverken fungerer godt eller dårligt. Vurderingen er således stort set den samme i de to år, så de nye erklæringer har formentlig ikke ændret på vurderingen.

Opsummerende må det siges, at forvaltningerne synes, at samarbejdet med lægerne er godt. Det gjorde de både i 2002 og 2006. Grunden til det kan være, at de organisatoriske ændringer som følge af den nye lov er begrænsede. De nye lægeerklæringer har tilsyneladende heller ikke haft nogen indflydelse på vurderingen af samarbejdet med lægerne.⁹

SAMARBEJDET MED ANDRE KOMMUNER

Samarbejdet med andre kommuner sker primært i form af kursusaktiviteter, temadage og erfagrunder, hvor personalet i de forskellige kommuner mødes og udveksler erfaringer. Erfaringsudvekslingen kan omhandle det konkrete sagsniveau såvel som styrings- og ledelsesniveauet.

I tabel 4.11 ses det, i hvilket omfang forvaltningerne arbejder sammen med andre kommuner. Det generelle billede er, at de fleste forvaltninger gør det i et eller andet omfang. Der er i denne sammenhæng ingen signifikant forskel mellem 2002 og 2006.

9. På baggrund af en kvalitativ undersøgelse med fem case-kommuner kommer den kvalitative undersøgelse (Damgaard & Boll, 2007) frem til, at disse kommuner mener, at samarbejdet med lægerne kunne og burde være bedre. Det kunne tyde på, at billedet er mere nuanceret, end hvad undersøgelsen her udtrykker.

TABEL 4.11

Hvor ofte samarbejder forvaltningen med andre kommuner i forbindelse med sagsbehandling/opfølgning i sygedagpengesager? 2002 og 2006. Procent (n = 38).

	Aldrig/ meget sjældent	Af og til	Jævnligt	Tit	Meget tit	I alt
2002	19	25	25	22	9	100
2006	6	46	23	23	2	100

UDLICITERING

Ideen bag udlicitering til private aktører er, at det giver større produktivitet, bedre kvalitet og service (Bredgaard & Larsen, 2006). Imidlertid er det ikke en tankegang, som præger sygedagpengeforvaltningerne. Kun en af de 38 forvaltninger i undersøgelsen har udliciteret sygedagpengesager til private firmaer, og i det tilfælde er det kun til et firma. Grunden til, at forvaltningen har valgt at udlicitere, er, at det er sager, som man er kørt fast i og ikke ved, hvordan man skal komme videre med. Forvaltningen aflønner de private virksomheder med betaling pr. sag.

KONKLUSION

Forvaltningerne har ikke i særlig stor udstrækning ændret på deres arbejdsgange efter indførelsen af lovændringerne i 2005, hvilket kan skyldes, at de i høj grad har været gearret til at håndtere de nye bestemmelser. De har heller ikke ændret særligt meget på den måde, de samarbejder med virksomhederne på, og det kan måske skyldes, at de er godt tilfredse med samarbejdet. De er i det store og hele også tilfredse med samarbejdet med de praktiserende læger. Det kan evt. forklare, hvorfor de organisatoriske ændringer i forhold til lægerne er ret begrænsede. Endelig kan det konstateres, at samarbejdet med andre kommuner omhandler erfaringsudveksling, og meget få kommuner udliciterer noget af sagsbehandlingen.

KOMMUNERNES VISITATION

I ændringerne til lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel, som trådte i kraft den 1. juli 2005, stilles der som før nævnt, krav til kommunerne om at visitere sygedagpengesager efter tre kategorier. Kategorierne er: 1) ”glatte sager”, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet formodes at være nært forestående, 2) ”risikosager”, hvor den sygemeldte er i risiko for at miste arbejdsevnen, og 3) ”langvarige sager”, hvor sygdommens karakter betyder, at sygemeldingen må formodes at blive meget langvarig. Ideen er, at sagsbehandlerne i form af visitationskategorierne har et redskab til at prioritere deres tid og indsats mellem de mange sager. For eksempel stilles der i lovgivningen krav om, at sagsbehandlere laver hyppigere opfølgning på risikosager end på sager i de to andre kategorier, og at der i risikosager skal afholdes personlige møder med sygedagpengemodtagere.

I dette kapitel beskriver vi, hvordan og i hvor høj grad kommunerne anvender de nye visitationsredskaber, og om kommunerne overholder loven. Vi undersøger både, i hvor høj grad de kommunale ledere mener, at kommunens politik er i overensstemmelse med lovgivningen, og i hvor høj grad sagsbehandlerne følger denne politik. Vi undersøger dernæst, hvordan de kommunale ledere vurderer de nye redskaber. Endelig undersøger vi, om de nye visitationskategorier virker efter hensigten – kan sagsbehandlerne ved deres kategorisering forudsige sagernes udfald?

Analyserne i kapitlet bygger på oplysninger fra et spørgeskema udsendt til undersøgelsens 39 kommuner i 2002 og igen i 2006. I spørgeskemaet har kommunale ledere besvaret en række spørgsmål om deres overordnede retningslinjer og organisering af sygedagpengesafsnittet. Endvidere bygger kapitlets analyser på et spørgeskema udsendt til undersøgelsens 39 kommuner i 2002 og igen i 2006, hvor kommunale sagsbehandlere har registreret deres sagsbehandling for hver af de undersøgte sygedagpengemodtagere.

KOMMUNERNES BRUG AF OPLYSNINGSSKEMA

Kommunerne er ifølge ændringerne til lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel forpligtet til at udsende et oplysningsskema til sygemeldte, når sagen anmeldes til kommunen. På baggrund af disse og evt. andre oplysninger skal kommunen foretage en visitation af sagerne til en af de føromtalte kategorier. Før lovændringerne var dette ikke et lovkrav, men en tidligere undersøgelse har vist, at en del kommuner på eget initiativ anvendte tilsvarende redskaber (Høgelund et al., 2003).

Denne undersøgelse viser, at efter reformen i 2006 blev der i 92 pct. af alle sager anvendt oplysningsskema. Det må betragtes som en fin implementering af lovgivningen. Sammenligner vi kommunernes andel af sager, hvori der anvendes oplysningsskema, er der imidlertid stor variation. I en enkelt kommune er det i blot 50 pct. af sagerne, og i andre er det i 100 pct. af sagerne. Nogle kommuner er altså bedre til at implementere denne del af lovgivningen end andre. Forskellen mellem kommunerne er signifikant.

Videre har vi undersøgt, om der er forskel på, i hvor høj grad oplysningsskemaer anvendes i sager med sygemeldte, som var ledige på sygemeldingstidspunktet, og sygemeldte, som var lønmodtagere på sygemeldingstidspunktet, se tabel 5.1.

I tabel 5.1 kan vi se, at der ikke er signifikant forskel mellem lønmodtagere og ledige. I begge grupper er det ca. 90 pct. af sagerne, hvori oplysningsskema anvendes.

TABEL 5.1

Forvaltningens brug af oplysningsskema særskilt for ledige og lønmodtagere, 2006. Procent.

Oplysningsskema modtaget?	Ledig	Lønmodtager	Total
Ja	85	93	92
Nej	15	7	8
Total	100	100	100
Antal	45	625	670

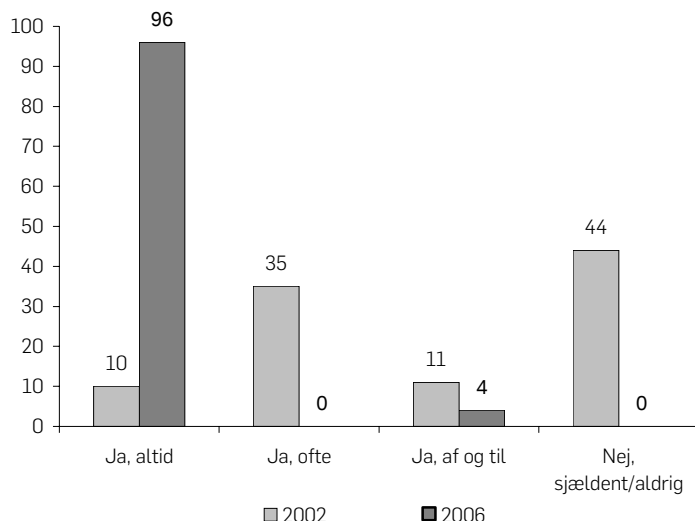
Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi²-test viser, at der ikke er signifikant forskel mellem sygemeldte ledige og lønmodtagere ($p < 0,05$).

INDHENTNING AF OPLYSNINGER FRA SYGEMELDTE OG LÆGER

Der er væsentlige forskelle mellem 2002 og 2006 på kommunale lederes beskrivelser af, på hvilken måde forvaltningen indhenter oplysninger om den sygemeldte, når forvaltningen modtager en ny sygedagpengesag. I figur 5.1 ses, at i 2002 var der 10 pct. af kommunerne, som *altid* udsendte spørgeskemaer til de sygemeldte, mens denne andel er hele 96 pct. i 2006. Omvendt var der 44 pct. af kommunerne, som *sjældent eller aldrig* udsendte spørgeskemaer til de sygemeldte i 2002 mod 0 pct. i 2006. Altså indhenter kommunerne i signifikant højere grad oplysninger om de sygemeldte ved at tilsende dem et spørgeskema i 2006 sammenlignet med i 2002. I 2006-spørgeskemaet var der ved spørgsmålet om, hvorvidt kommunen sender et spørgeskema til de sygemeldte også nævnt, at det omfatter udsendelse af oplysningsskema. Resultaterne bekræfter således, at kommunerne i meget høj grad har implementeret bestemmelserne om at anvende et oplysningsskema.

FIGUR 5.1

Kommunale lederes vurdering af, om de sygemeldte tilsendes et spørgeskema, når forvaltningen modtager en ny sygedagpengesag, særskilt for år 2002 og 2006. Procent.



Anm.: Figuren bygger på vægtede data.

Omvendt er der langt færre kommuner i 2006 end i 2002, som beder de sygemeldte om at fremsende en lægeerklæring. I figur 5.2 ses det således, at der i 2002 var 32 pct. af kommunerne, som *altid* anmodede de sygemeldte om at fremsende en lægeerklæring, mens det kun skete i 4 pct. af kommunerne i 2006. Tilsvarende var der i 2002 52 pct. af kommunerne, som *ofte* anmodede de sygemeldte om at fremsende en lægeerklæring, mens det kun var tilfældet i 37 pct. af kommunerne i 2006.

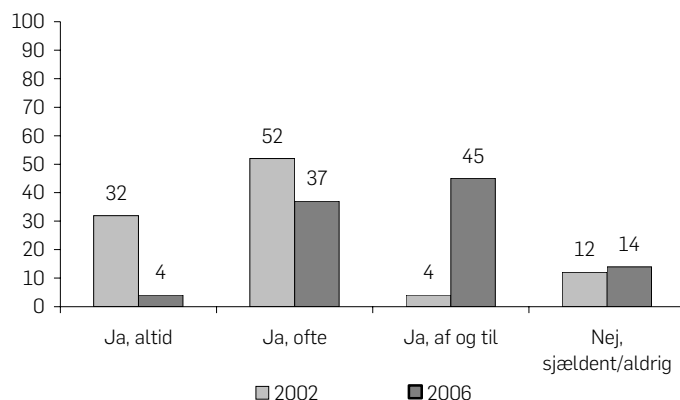
Den mere begrænsede brug af lægeerklæringer i 2006 bekræftes af undersøgelsens oplysninger om, hvor ofte der indhentes lægeerklæringer i de enkelte sager, se kapitel 6.

En del af lovændringerne har til formål at forbedre samarbejdet mellem kommuner og læger med henblik på at skabe bedre fokus på, hvilke helbredsproblemer der er væsentlige i forhold til sygemeldtes job, og hvilke ændringer i jobfunktionerne der evt. kan sikre sygemeldte en hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Det kan derfor umiddelbart undre, at vi i figur 5.2 ser, at anmodninger om lægeerklæringer er faldet fra 2002 til 2006. En grund hertil er formentlig, at kravet om obligatorisk

indhentning af lægeerklæring¹⁰ efter 8 ugers fravær er blevet afskaffet. Resultatet er da også i god overensstemmelse med en kvalitativ undersøgelse af kommuners, lægers og virksomheders erfaring med de nye regler for sygedagpenge (Damgaard & Boll, 2007). I den kvalitative undersøgelse påpeger flere kommuner, at de har nok at gøre med at overholde de nye administrative krav, der er vedtaget med den nye sygedagpengelov, og derfor i de fleste tilfælde primært satser på at indhente oplysninger via oplysningsskemaet.

FIGUR 5.2

Kommunale lederes vurdering af, om de sygemeldte anmodes om at fremsende lægeerklæring, når forvaltningen modtager en ny sygedagpengesag, særskilt for år 2002 og 2006. Procent.



Anm.: Figuren bygger på vægtede data.

Ud over spørgsmålene om, hvorvidt forvaltningerne tilsender spørgeskema til de sygemeldte, og hvorvidt forvaltningerne anmoder de sygemeldte om at fremsende lægeerklæring, har vi undersøgt, om der er forskel fra 2002 til 2006 på, i hvor høj grad oplysninger indhentes ved, at de sygemeldte kontaktes telefonisk, i hvor høj grad de sygemeldte

10. De nye lægeerklæringer er også dyrere for kommunerne. I 2007 honoreres LÆ255 med kr. 237 for del 1 og kr. 851 for del 1+2. I 2005 var honoraret for LÆ205 og LÆ215 henholdsvis kr. 88 og kr. 228.

anmodes om at deltage i et møde i forvaltningen, og i hvor høj grad forvaltningen indhenter oplysninger fra den sygemeldtes praktiserende læge, sygehus eller speciallæge, se tabel B5.1 i bilag. Disse analyser viser, at der ingen forskel er fra 2002 til 2006. I begge år er det således ca. halvdelen af kommunerne, som *altid* eller *ofte* kontakter de sygemeldte telefonisk, og ca. halvdelen, som kun *af og til* eller *aldrig* kontakter de sygemeldte telefonisk. Tilsvarende er det i begge år mere end halvdelen af kommunerne, som *altid* eller *ofte* anmoder de sygemeldte om at deltage i et møde i forvaltningen, og mindre end halvdelen, som *af og til* eller *aldrig* anmoder de sygemeldte om at deltage i et møde i forvaltningen. Endelig er det i begge år ca. to tredjedele af kommunerne, som *altid* eller *ofte* indhenter oplysninger fra den sygemeldtes praktiserende læge, sygehus eller speciallæge.

I spørgeskemaundersøgelsen fra 2006 har vi yderligere adspurgt de kommunale ledere, i hvor høj grad forvaltningerne indhenter oplysninger fra Arbejdsmarkedsportalen. På Arbejdsmarkedsportalen findes oplysninger om borgeres forsørgelse gennem de seneste 5 år og den indsats, borgerne evt. har deltaget i. Kun få ledere har svaret bekræftende på dette spørgsmål: I 2 pct. af kommunerne sker dette *altid*, i 6 pct. sker det *ofte*, i 7 pct. sker det *af og til*, og i 85 pct. sker det kun *sjældent eller aldrig*. Dette værktøj er altså ifølge de kommunale ledere kun sjældent anvendt. For mere information om kommunernes måder at indhente oplysninger på, se tabel B5.1 i Bilag til kapitel 5.

KOMMUNERNES VURDERING AF OPLYSNINGSSKEMAET

Ligesom kommunerne som følge af lovgivningen er forpligtet til at indhente oplysninger om sygemeldte ved at udsende et oplysningsskema, er den sygemeldte forpligtet til at returnere skemaet senest 8 dage efter, at de har modtaget det. Overholder de sygemeldte ikke dette krav, er de ikke berettiget til sygedagpenge, og kommunerne kan derfor stoppe udbetalingen af sygedagpenge.

En undersøgelse af kommuners, lægers og virksomheders erfaring med de nye regler (Damgaard & Boll, 2007) giver lige som denne rapport et indblik i, hvordan de fem undersøgte kommuner vurderer brugen af oplysningsskemaet og dets anvendelighed. Undersøgelsen viser for det første, at de kommuner, som før

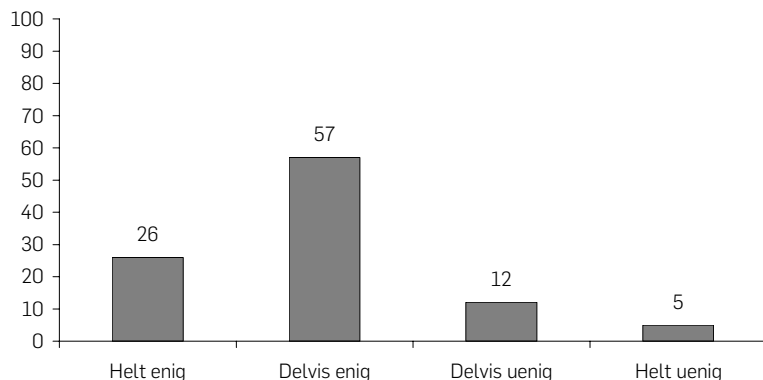
lovændringerne var mindst organiserede og strukturerede i deres indsats over for sygemeldte, er mest tilfredse med lovændringerne. I disse kommuner vurderer man generelt, at de nye regler er en hjælp til bedre prioritering af sager. Omvendt viser undersøgelsen, at de kommuner, som i forvejen anvendte forskellige redskaber til at organisere og strukturere deres sager, er mindst tilfredse med lovændringerne. I disse kommuner synes lovændringerne i nogen grad at være kommet på tværs af kommunernes egne strukturer.

For at få et mere generelt billede af kommunernes vurdering af anvendelsen af oplysningsskemaet har vi i spørgeskemaundersøgelsen i 2006 bedt de kommunale ledere om deres vurdering af oplysningsskemaet. Endvidere har vi bedt om deres vurdering af, at sygemeldte, som ikke returnerer oplysningsskemaet senest 8 dage efter, de har modtaget det, skal have stoppet udbetalingen af sygedagpenge.

I figur 5.3 ses, at et stort flertal af de kommunale ledere mener, at oplysningsskemaet har forbedret indsatsen over for sygemeldte. Størstedelen af lederne (83 pct.) erklærer sig således enten helt enige eller delvis enige i, at kravet om, at forvaltningerne skal anvende et oplysningsskema i alle sager, har forbedret kommunens grundlag for at foretage en kvalificeret opfølgning.

FIGUR 5.3

Kommunale lederes vurdering af, hvorvidt kravet om brug af oplysningsskema i alle sager har forbedret kommunens grundlag for at foretage en kvalificeret opfølgning, 2006. Procent.

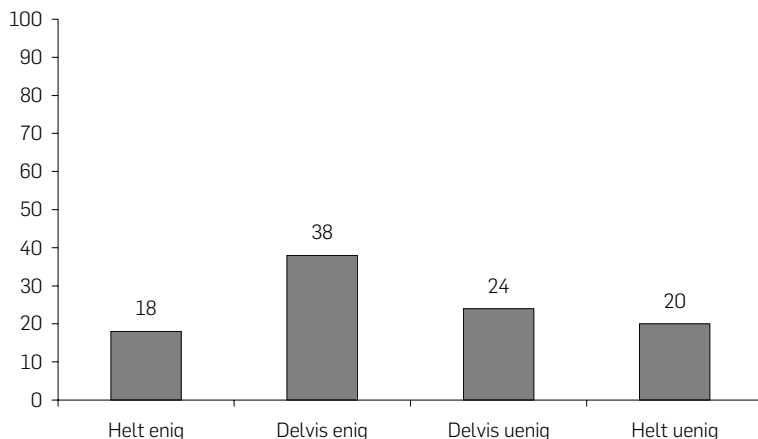


Anm.: Figuren bygger på vægtede data.

Lederne er til gengæld delte i deres vurdering af kravet til de sygemeldte om at returnere oplysningsskemaet senest efter 8 dage. I figur 5.4 ses det således, at 56 pct. af lederne er enige eller delvist enige i, at kravet er for ufleksibelt, mens 44 pct. er helt eller delvis uenige. Der er med andre ord en lille overvægt af ledere, som synes, kravet er for ufleksibelt.

FIGUR 5.4

Kommunale lederes vurdering af, hvorvidt bestemmelserne om, at kommunen normalt skal stoppe udbetaling af sygedagpenge, hvis oplysningsskemaet ikke er modtaget senest efter 8 dage, er ufleksible over for de sygemeldte, 2006. Procent.



Anm.: Figuren bygger på vægtede data.

HVORDAN FOREGÅR VISITATIONEN?

I lovændringerne er det ikke specificeret, hvordan visitationen af sygemeldte personer skal foregå, herunder hvor mange medarbejdere, der skal deltage i visitationen, og om der skal deltage sagsbehandlere og/eller lægekonsulenter. I dette afsnit er det netop disse spørgsmål vi vil fokusere på.

I 91 pct. af alle sager deltager kun én medarbejder i visitationen. I de resterende sager deltager op til syv medarbejdere. Det er oftest sagsbehandlere, som foretager visitationen af sager: I 96 pct. af alle sager medvirker en sagsbehandler. Til gengæld er det kun i 4 pct. af alle sager, at en lægekonsulent medvirker.

Ud over at vi har kigget på den konkrete visitation i undersøgelsens sygedagpengesager, har vi også spurgt de kommunale ledere om, hvordan forvaltningen fordeler indgående sygedagpengesager blandt opfølgingsmedarbejdere, se tabel 5.2.

I tabel 5.2 ses det, at lovændringerne tilsyneladende ikke har påvirket kommunernes adfærd på dette område. I både 2002 og i 2006 svarer 66 pct. af lederne, at sagerne fordeles automatisk mellem opfølgningsmedarbejdere, mens de 34 pct. af kommunerne fordeler sagerne efter en individuel vurdering.

TABEL 5.2

Kommunale lederes vurdering af, hvordan nye indkomne sygedagpengesager fordeles blandt opfølgningsmedarbejdere, særskilt for 2002 og 2006. Procent.

	2002	2006	Total
Automatisk fordeling af sager	66	66	66
Fordeling sker efter en individuel vurdering af sagerne	34	34	34
Total	100	100	100
Antal	34	33	67

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data.

VISITATION AF SAGER

Når nye sygedagpengesager indløber i de kommunale forvaltninger, skal de visiteres til én af tre kategorier. Hvilken kategori, sagerne visiteres til, har betydning for den videre opfølgning. Gennem sygedagpengesagernes forløb er det endvidere et krav, at forvaltningerne løbende revisiterer sagerne og evt. ændrer sagernes kategori.

ANVENDES VISITATIONSKATEGORIER?

Kommunerne er forpligtet til at visitere indkomne sygedagpengesager til én af tre kategorier, men i praksis er det ikke i alle sager, dette sker. Vores undersøgelse viser, at 85 pct. af alle sager med en varighed på mellem 8 og ca. 53 uger (jf. kapitel 3) visiteres til en kategori, mens de resterende 15 pct. ikke visiteres.¹¹ Dette resultat kunne potentielt set skyldes, at vi i vores analyse kigger på sager, som har første

11. Procenterne er udregnet på baggrund af 996 sager. I 136 sager har kommunerne ikke svaret på, om sagen er visiteret.

sygemeldingsdag fra omkring datoen, hvor lovændringerne trådte i kraft og fremefter. Men kigger vi på sager, som har en senere startdato, eksempelvis 1. oktober 2005 – altså tre måneder efter reformen trådte i kraft, er procentandelen af visiterede sager ikke væsentligt anderledes.

Kigger vi nærmere på de 15 pct., som ikke visiteres til en kategori, kan vi se, at omkring 68 pct. har en sygemelding, som varer mellem 9 og 13 uger. Altså har langt de fleste en relativt kort sygemelding. I disse tilfælde kan den manglende kategorisering skyldes, at den sygemeldte er raskmeldt, inden sagsbehandleren har foretaget kategoriseringen. Blandt de resterende 32 pct. har omkring 25 pct. en sygemelding, som varer mellem 14 og 26 uger, 6 pct. har en sygemelding på 27-39 uger og 1 pct. har en sygemelding på 40-53 uger. Endvidere kan vi se, at omkring 32 pct. af dem, som ikke visiteres til en kategori, heller ikke kommer til opfølgningssamtale, hvilket højst sandsynligt skyldes, at deres sygemelding er relativt kort. De resterende 68 pct. af dem, som ikke visiteres til en kategori, kommer til opfølgningssamtale.

Kigger vi nærmere på de sager, som visiteres, placeres 62 pct. i kategori 1 for ”glatte sager”, 24 pct. i kategori 2 for ”risikosager”, og de resterende 14 pct. placeres i kategori 3 for ”langvarige sager”. På hjemmesiden jobindsats.dk findes bl.a. data om antallet af sygemeldte, som er visiteret til hver af de tre kategorier. Fordelingen af sager på de tre kategorier i jobindsats.dk er i store træk den samme, som i vores undersøgelse. Ifølge jobindsats.dk er 57 pct. af alle sygemeldte i hele Danmark, som har været sygemeldte i 5-52 uger, visiteret til kategori 1, 22 pct. er visiteret til kategori 2, og 21 pct. er visiteret til kategori 3. Grunden til, at der er en uoverensstemmelse mellem vores data og data fra jobindsats.dk, kan være, at sammenligningsgrundlaget ikke er fuldstændigt. Vores data omfatter personer, som har været sygemeldt fra 9 til ca. 53 uger, mens det i jobindeks.dk er sager med en varighed på 5 til 52 uger.

HVOR HURTIGT SKER KATEGORISERINGEN?

Vores undersøgelse af, hvor hurtigt kommunerne visiterer indkomne sager, er lavet således, at vi måler, hvor lang tid der går fra datoen for sygemelding til datoen for visitation. Lister vi sagerne fra kortest varighed fra sygemelding til visitation til længst varighed, er medianen 46 dage, altså ca. halvanden måned. Median-sagen er den sag, hvor 50 pct. af sagerne har en længere varighed, og 50 pct. har en kortere varighed.

Der er imidlertid nogen variation mellem kommunerne. I den hurtigste kommune er medianen på varighed mellem sygemelding og visitation 29,5 dage, mens den i den langsommeligste kommune er 69 dage.¹² Forskellene mellem kommuner er signifikant.

Undersøger vi, om der er forskel på medianen på varighed mellem sygemelding og visitation inden for hver af de tre visitationskategorier, viser der sig ingen signifikante forskelle mellem kategorierne.

HVILKE SYGEMELDTE KATEGORISERES TIL HVILKE KATEGORIER?

I dette afsnit vil vi se nærmere på, hvilke sygemeldte der visiteres til de tre visitationskategorier. I tabel 5.3 sammenligner vi lønmodtageres og lediges fordeling på de tre visitationskategorier.

TABEL 5.3

Sygemeldte fordelt efter visitationskategori. Særsilt for ledige og lønmodtagere, 2006. Procent.

	Ledige	Lønmodtagere	Total
Kategori 1	45	64	63
Kategori 2	33	23	24
Kategori 3	22	13	13
Total	100	100	100
Antal	40	540	580

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi²-test viser, at der ikke er signifikant forskel mellem sygemeldte ledige og lønmodtagere ($p < 0,05$).

Tabellen viser, at der ikke er signifikant forskel mellem sygemeldte lønmodtagere og sygemeldte ledige. Knap to tredjedel af lønmodtagere visiteres til kategori 1. De resterende visiteres til kategori 2 eller 3 med en lidt større andel i kategori 2 end i kategori 3.

Sammenligner vi derimod sygemeldte med forskellige typer af diagnoser, kan vi i tabel 5.4 se, at der er signifikant forskel på, hvilke kategorier de visiteres til.

12. I sammenligningen af kommunernes median på varighed mellem sygemelding og visitation er fem kommuner udeladt pga. et for lille datagrundlag.

En større andel af sygemeldte med psykiske lidelser visiteres til kategori 2 sammenlignet med sygemeldte med fysiske lidelser. Omkring 29 pct. med psykiske lidelser visiteres til kategori 2, mens det kun er tilfældet for omkring 22 pct. med fysiske lidelser. Omvendt visiteres en større andel sygemeldte med fysiske lidelser til kategori 3 sammenlignet med sygemeldte med psykiske lidelser. 16 pct. med fysiske lidelser visiteres til kategori 3 mod blot 8 pct. med psykiske lidelser.

TABEL 5.4

Sygemeldte fordelt efter visitationskategori. Særskilt for diagnose, 2006. Procent.

	Psykisk lidelse/sygdom	Fysisk lidelse/sygdom	Total
Kategori 1	63	62	63
Kategori 2	29	22	24
Kategori 3	8	16	13
Total	100	100	100
Antal	179	371	550

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi²-test viser, at der er signifikant forskel mellem sygemeldte med forskellige diagnosetyper ($p < 0,05$). Forskellen forbliver signifikant med kontrol for samlivsstatus.

Som vi kan se i tabel 5.5, er der ikke signifikant forskel på, hvor mange kvinder og mænd der er i hver af de tre kategorier.

TABEL 5.5

Sygemeldte fordelt efter visitationskategori. Særskilt for kvinder og mænd, 2006. Procent.

	Kvinder	Mænd	Total
Kategori 1	59	64	62
Kategori 2	26	22	24
Kategori 3	15	13	14
Total	100	100	100
Antal	317	528	845

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi²-test viser, at der ikke er signifikant forskel mellem sygemeldte kvinder og mænd ($p < 0,05$).

62 pct. af de sygemeldte er visiteret til kategori 1, ca. 24 pct. er visiteret til kategori 2, og ca. 14 pct. er visiteret til kategori 3. Der er ingen væsentlig forskel på hvor ofte kvinder og mænd visiteres til de tre kategorier.

Der er til gengæld signifikant forskel på, hvilke kategorier sygemeldte i forskellige aldersgrupper visiteres til. De yngre visiteres ofte til kategori 2 og de ældre oftere til kategori 3, se tabel 5.6.

TABEL 5.6

Sygemeldte fordelt efter visitationskategori. Særskilt for aldersgrupper, 2006. Procent.

	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-67 år	Total
Kategori 1	52	68	68	58	62
Kategori 2	37	21	20	23	24
Kategori 3	11	11	12	19	14
Total	100	100	100	100	100
Antal	94	191	227	325	837

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi²-test viser, at der er signifikant forskel mellem sygemeldte i forskellige aldersgrupper ($p < 0,05$). Forskellen forbliver signifikant med kontrol for samlivsstatus.

Der er således en større andel af de 18-29-årige, som visiteres til kategori 2, end sygemeldte i de øvrige aldersgrupper. Omvendt er der en større andel af de 50-67-årige, som visiteres til kategori 3, sammenlignet med de 18-49-årige.¹³

I tabel 5.7 kan vi endvidere se, at der er signifikant forskel på, hvilke kategorier sygemeldte med forskellig erhvervsuddannelse visiteres til.

I tabel 5.7 ses en tendens til, at sandsynligheden for at blive visiteret til kategori 2 er *mindre* jo længere uddannelse. For eksempel visiteres 29 pct. af de sygemeldte uden erhvervsuddannelse til kategori 2 mod 9 pct. blandt sygemeldte med en lang videregående uddannelse eller forskeruddannelse. I kategori 3 er tendensen derimod, at sandsynligheden for at blive visiteret til denne kategori er *større* jo længere uddannelse. Der er således kun 9 pct. af sygemeldte uden erhvervsuddannelse, som visiteres til kategori 3, mod 22 pct. blandt sygemeldte med lang eller mellemlang videregående uddannelse.

Alt i alt kan det konkluderes, at det ofte er personer med psykiske lidelser, yngre og personer uden erhvervsuddannelse, som

13. Sammenhængen mellem, hvilken kategori sygemeldte visiteres til og alder, er kontrolleret for diagnose og fortsat signifikant.

visiteres til kategori 2, mens personer med fysiske lidelser, ældre og personer med en videregående uddannelse ofte visiteres til kategori 3.

TABEL 5.7

Sygemeldte fordelt efter visitationskategori. Særskilt for erhvervsuddannelse, 2006. Procent.

	Ingen erhvervs- uddannelse	Erhvervs- faglig praktik- og hoved forløb	Kort videre- gående uddan- nelse	Mellemlang videre- gående uddannelse/ bachelor	Lang videre- gående uddannelse /forskerud- dannelse	Total
Kategori 1	62	63	70	59	69	62
Kategori 2	29	23	15	19	9	24
Kategori 3	9	14	15	22	22	14
Total	100	100	100	100	100	100
Antal	279	359	31	150	26	845

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi²-test viser, at der er signifikant forskel mellem sygemeldte med forskellige erhvervsuddannelser ($p < 0,05$). Forskellen forbliver signifikant med kontrol for samlivsstatus.

SKIFT AF KATEGORI

Ifølge lovændringerne er de kommunale forvaltninger forpligtet til at reorganisere de sygemeldte, når de følger op på sagen. Kommunernes opfølgning beskrives nærmere i kapitel 6. Når de kommunale forvaltninger reorganisere, skal de overveje, om de sygemeldtes forhold er ændret således, at de har behov for en anden indsats og derfor bør skifte til anden visitationskategori. Spørgsmålet er, i hvor høj grad de kommunale forvaltninger benytter sig af muligheden for at reorganisere sygemeldte til andre kategorier.

I tabel 5.8 ses det, at der er signifikant forskel mellem sygemeldte med 9-13 ugers sygemelding, 14-26 ugers sygemelding, 27-39 ugers sygemelding og 40-53 ugers sygemelding i forhold til, om de skifter kategori undervejs i sygemeldingsperioden.

I tabel 5.8 ses det, at blot 5 pct. af sygemeldte med mellem 9 og 13 ugers sygemelding skifter kategori, 21 pct. med mellem 14 og 26 ugers sygemelding skifter kategori, 41 pct. med mellem 27 og 39 ugers sygemelding skifter kategori, og endelig 54 pct. med mellem 40 og 53 ugers sygemelding skifter kategori. Grunden til, at så få personer med

kort sygemelding skifter kategori, kan være, at de visiteres til den bedst passende kategori fra starten. At relativt mange personer med længere sygemelding skifter kategori i løbet af sygemeldingsperioden behøver omvendt ikke at skyldes, at de er visiteret forkert, men kan derimod skyldes, at deres helbred har ændret sig i løbet af perioden, de er sygemeldt.

TABEL 5.8

Sygemeldte fordelt efter, om deres sag er revideret til en anden kategori. Særskilt for sygemeldingens varighed, 2006. Procent.

Skift af kategori	9-13 uger	14-26 uger	27-39 uger	40-53 uger	Total
Ja	5	21	41	54	21
Nej	95	79	59	46	79
Total	100	100	100	100	100
Antal	327	409	139	72	947

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi²-test viser, at der er signifikant forskel mellem sygemeldte med forskellige sagsvarigheder ($p < 0,05$). Forskellen forbliver signifikant med kontrol for samlivsstatus.

Tabel 5.9 viser, at der ikke er signifikant forskel i andelen af sygemeldte med forskellige typer af lidelser, som skifter kategori undervejs i sygemeldingen. Ca. 19 pct. af de sygemeldte med psykiske eller fysiske lidelser skifter kategori undervejs i sygemeldingen.

TABEL 5.9

Sygemeldte fordelt efter, om deres sag er revideret til en anden kategori. Særskilt for diagnose, 2006. Procent.

Skift af kategori	Psykisk lidelse/sygdom	Fysisk lidelse/sygdom	Total
Ja	15	20	19
Nej	85	80	81
Total	100	100	100
Antal	198	421	619

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi²-test viser, at der ikke er signifikant forskel mellem sygemeldte med forskellige diagnosetyper ($p < 0,05$).

Kigger vi på sygemeldtes skift mellem de forskellige kategorier, kan vi i tabel 5.10 se, at sygemeldte, som først er visiteret til enten kategori 2 eller

3, har signifikant større sandsynlighed for at skifte kategori end sygemeldte, som er visiteret til kategori 1. Denne forskel i, hvor ofte sagerne skifter kategori, kan skyldes, at ”glatte sager” (kategori 1) ofte er visiteret mest hensigtsmæssigt fra starten og derfor ikke skifter kategori i løbet af sygemeldingen. I modsætning hertil vil personer, som er visiteret til kategori 2 eller 3 – hvis lovgivningen er implementeret efter hensigten, blive revisiteret undervejs i sygemeldingen, hvis deres situation ændrer sig.

TABEL 5.10

Sygemeldte fordelt efter, om deres sag er revisiteret til en anden kategori. Særsilt for sygemeldte visiteret til kategori 1, 2 og 3, 2006. Procent.

Skift af kategori	Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3	Total
Ja	18	36	28	24
Nej	82	64	72	76
Total	100	100	100	100
Antal	496	199	113	808

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi²-test viser, at der er signifikant forskel mellem sygemeldte, som er visiteret til forskellige kategorier ($p < 0,05$). Forskellen forbliver signifikant med kontrol for samlivsstatus.

KAN SAGERNES OMFANG FORUDSIGES?

Efter at vi nu har konstateret, at kommunerne i forholdsvis stor udstrækning anvender de nye visitationskategorier, er det interessant at undersøge, om visitationskategorierne fungerer efter hensigten, således at sager, som viser sig at være ukomplicerede og korte, visiteres til kategori 1, og sager, hvor der er risiko for udstødning, visiteres til kategori 2, mens langvarige sager visiteres til kategori 3. Dette forudsætter, at sagsbehandlere kan forudsige de sygemeldtes forløb. Det undersøger vi ved at se på, om sygemeldte, som er visiteret til hver af de tre kategorier, har forskellig sandsynlighed for at have langvarige sager. For sygemeldte, som var lønmodtagere på sygemeldingstidspunktet, vil vi endvidere se på, om personer, som er visiteret til forskellige kategorier, har forskellig sandsynlighed for at blive afskediget undervejs i sygemeldingsperioden.

Hvis de sygemeldte er visiteret mest hensigtsmæssigt ved første visitation, må vi forvente, at de, som er visiteret til kategori 2 og 3, har større sandsynlighed for at have længerevarende sager end dem, som er visiteret til kategori 1. Det ligger i definitionen af kategorierne, at kategori 1 er tiltænkt personer, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet formodes at være nært forestående, kategori 2 er tiltænkt personer, hvor den sygemeldte er i risiko for at miste arbejdsevnen, og endelig er kategori 3 tiltænkt personer, hvor sygdommens karakter betyder, at sygemeldingen må formodes at blive meget langvarig.

I tabel 5.11 kan vi som forventet se, at sandsynligheden for, at sygemeldingsperioden bliver lang, er signifikant større for de personer, der ved første visitation er visiteret til kategori 2 og 3, end for dem, som er visiteret til kategori 1.¹⁴ Eksempelvis kan vi se, at 37 pct. af dem, som er visiteret til kategori 1, har sygemeldinger, som varer mellem 9 og 13 uger, hvorimod henholdsvis 13 og 12 pct. af dem, som er visiteret til kategori 2 og 3, har sygemeldinger af samme varighed. Omvendt kan vi se, at blot 5 pct. af dem, som er visiteret til kategori 1, har sygemeldinger af mellem 40 og 53 ugers varighed, hvorimod henholdsvis 11 og 12 pct. af dem, som er visiteret til kategori 2 og 3, har sygemeldinger af samme varighed.

TABEL 5.11

Sygemeldte fordelt efter sygemeldingens varighed. Særskilt for sygemeldte visiteret til kategori 1, 2 og 3, 2006. Procent.

	Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3	Total
9-13 uger	37	13	12	28
14-26 uger	45	55	54	49
27-39 uger	13	21	22	16
40-53 uger	5	11	12	7
Total	100	100	100	100
Antal	514	211	121	846

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi²-test viser, at der er signifikant forskel mellem sygemeldte, som er visiteret til forskellige kategorier ($p < 0,05$). Forskellen forbliver signifikant med kontrol for samlivsstatus.

14. Sammenhængen mellem, hvilken kategori den sygemeldte er visiteret til og varigheden af sygemeldingsperioden, er kontrolleret for relevante faktorer og fortsat signifikant. Se tabel B5.2 i Bilag til kapitel 5.

Vi må desuden forvente, at hvis de sygemeldte er visiteret hensigtsmæssigt, vil sandsynligheden for at blive afskediget undervejs i sygemeldingen især være stor for dem, som er visiteret til kategori 2 (risikosager), og for dem, som er visiteret til kategori 3 (langvarige sager). Begge kategorier omfatter sygemeldte, hvor helbredssituationen på længere sigt er usikker. For arbejdsgiveren kan det betyde, at han eller hun muligvis først efter lang tid eller aldrig får sin medarbejder tilbage (i samme jobfunktion). Det kan give en arbejdsgiver anledning til at afskedige sygemeldte.

Vores analyser bekræfter til dels vores forventninger. I tabel 5.12 kan vi se, at der er signifikant forskel i andelen af sygemeldte, som er blevet afskediget, inden for hver af de tre kategorier. Yderligere analyser, som kan ses i tabel B5.3 i Bilag til kapitel 5, viser desuden, at de personer, som er visiteret til kategori 2, har signifikant større sandsynlighed for at blive afskediget, end dem, som er visiteret til kategori 1. De, som er visiteret til kategori 3, har dog hverken større eller mindre sandsynlighed for at blive afskediget end dem, som er visiteret til kategori 1.¹⁵

TABEL 5.12

Sygemeldte lønmodtagere fordelt efter, om de er afskediget under sygemeldingen eller ej. Særskkilt for sygemeldte visiteret til kategori 1, 2 og 3, 2006. Procent.

	Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3	Total
Er ikke afskediget	78	63	69	74
Er afskediget	22	37	31	26
Total	100	100	100	100
Antal	337	116	72	525

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi²-test viser, at der er signifikant forskel mellem sygemeldte, som er visiteret til forskellige kategorier ($p < 0,05$). Forskellen forbliver signifikant med kontrol for samlivsstatus.

Vores analyser tyder altså på, at forvaltningerne bruger visitationskategorierne efter hensigten, idet de gennem deres visitation til de forskellige kategorier i nogen grad kan forudsige varigheden af syge-

15. Sammenhængen mellem, hvilken kategori den sygemeldte er visiteret til og afskedigelse, er kontrolleret for relevante faktorer og er fortsat signifikant. Se tabel B5.3 i Bilag til kapitel 5.

meldingen og sandsynligheden for, at sygemeldte lønmodtagere bliver afskediget undervejs i sygemeldingen.

KONKLUSION

Gennem kapitlets analyser har vi vist, at lovkravet om kommunernes udsending af oplysningsskema og visitation af nye sygedagpengesager i stor udstrækning er implementeret efter hensigten. I 92 pct. af alle sager har kommunerne udsendt oplysningsskema, og i 96 pct. af kommunerne udsendes altid oplysningsskema til nye sygedagpengemodtagere. Dette er en væsentlig procedureændring i forhold til før lovændringerne, hvor blot 10 pct. af kommunerne udsendte oplysningsskema til nye sygedagpengemodtagere.

Langt størstedelen af de kommunale ledere mener, at oplysningsskemaet i hvert fald i nogen grad har forbedret kommunernes grundlag for at lave en kvalificeret opfølgning. Lederne er imidlertid mere uenige om, hvorvidt reglen om, at sygemeldte, som ikke returnerer oplysningsskemaet inden 8 dage, skal have frataget deres sygedagpenge, er for ufleksibel over for de sygemeldte.

Vores analyser har vist, at der i 91 pct. af alle sager er blot én medarbejder om at foretage visitationen af sygemeldte. I langt de fleste tilfælde er personen en sagsbehandler. Når kommunerne fordeler nye sager mellem medarbejderne, sker det i 66 pct. af kommunerne automatisk, og i de resterende kommuner sker det efter en individuel vurdering. Lovkravet er, at alle sager skal visiteres til en af tre kategorier. I realiteten sker det i 85 pct. af alle sager. Langt de fleste af disse sager visiteres til kategori 1, færre visiteres til kategori 2, og endnu færre visiteres til kategori 3. Medianen for varighed mellem sygemelding og visitation er 45 dage, men der er stor variation kommunerne imellem.

Vi har også set, at der er forskel på, hvor ofte sygemeldte visiteres til henholdsvis kategori 1, 2 og 3, når vi opdeler de sygemeldte efter diagnose, alder og erhvervsuddannelse. Sygemeldte med psykiske lidelser, yngre og personer uden erhvervsuddannelse visiteres ofte til kategori 2. Omvendt visiteres sygemeldte med fysiske lidelser, ældre og personer med en videregående uddannelse oftere til kategori 3.

I lovgivningen er der stillet krav om, at kommunerne løbende følger op på sygedagpengesagerne og revisiterer de sygemeldte til en

anden kategori, hvis deres situation ændres. 18 pct. af undersøgelsens sygedagpengemodtagere skifter kategori under sygemeldingen. De, som er sygemeldte i relativt lang tid, og de, som ved første visitation er visiteret til kategori 2 eller 3, har større sandsynlighed for at skifte kategori.

Endelig viser vores analyser, at kommunerne i nogen udstrækning kan forudsige, om sagerne er ”glatte” eller ej. Det viser sig ved, at sager i kategori 2 og 3 har signifikant større sandsynlighed for at blive langvarige end sager i kategori 1. Endvidere har lønmodtagere, som ved første visitation er visiteret til kategori 2, større sandsynlighed for at blive afskediget under sygemeldingen end lønmodtagere i kategori 1 og 3.

KOMMUNERNES OPFØLGNING

KOMMUNERNES ANSVAR OG OPGAVER

Den kommunale opfølgning i sygedagpengesagerne er som beskrevet i kapitel 2 blevet underlagt nye krav med ændringen af sygedagpengeloven i 2005. I dette kapitel gennemgår vi kommunernes opfølgningspraksis ud fra de oplysninger, vi har modtaget fra kommunerne om deres sagsbehandlingspraksis i ca. 1.000 afsluttede sager i hvert af årene 2002 og 2006.

Formålet med sagsbehandlingen på sygedagpengeområdet er ifølge sygedagpengelovens § 1 at fremme, at flest muligt fastholdes i arbejde og undgår udstødelse fra arbejdsmarkedet, og at den enkelte sygedagpengeperiode bliver så kortvarig som muligt. For at understøtte denne målsætning er det pålagt kommunerne at afholde opfølgningssamtaler, udarbejde en opfølgningsplan og løbende foretage en samlet vurdering af behovet for særlig indsats. Kommunen pålægges også en koordinerende rolle i forhold til at inddrage øvrige relevante aktører, fx læger, arbejdsgivere, a-kasser og fagforeninger, i sygedagpengeopfølgningen i det omfang, det skønnes relevant i forhold til at fremme arbejdsfastholdelse og hurtig raskmelding.

Endvidere foreskriver loven en række konkrete initiativer, som kommunen er forpligtet til at iværksætte. Dette kapitel indeholder en

gennemgang af de initiativer, der knytter sig til de nye lovkrav til kommunernes opfølgningsindsats:

- Opfølgningssamtalerne
- Brug af tidlig opfølgning
- Opfølgningsplaner
- Delvise raskmeldinger
- Brug af lægelig dokumentation og lægesamarbejdet
- Kontakt med arbejdsgivere
- Brug af tilskud til hjælpemidler mv.
- Kontakten til a-kasser og AF
- Betydningen af visitationskategori for opfølgningsindsatsen.

Hvert af disse temaer behandles i dette kapitel ud fra oplysninger primært fra de kommunale sagsregistreringsark. Disse registreringsark indeholder, som nævnt tidligere i denne rapport, oplysninger fra de kommunale sygedagpengeafdelingers journaler om de væsentligste hændelser og opfølgningsinitiativer, som har været iværksat i vores stikprøve af afsluttede sygedagpengesager.

OPFØLGNINGSSAMTALER

Kommunernes opfølgningssamtaler med den sygemeldte er et af de mest centrale elementer i den kommunale opfølgning på sygedagpengesagerne. Gennem opfølgningssamtalerne har kommunerne mulighed for at orientere sig om den sygemeldtes helbreds- og jobsituation og løbende vurdere, om den sygemeldte skønnes at kunne opretholde eller forbedre sin tilknytning til arbejdsmarkedet, eller om der skal iværksættes særlige tiltag.

I forbindelse med lovændringen i 2005 er det blevet et eksplicit krav, at der skal gennemføres opfølgningssamtaler i alle sager. Den første opfølgningssamtale skal gennemføres inden udgangen af 8. uge regnet fra første fraværdsdag (sygedagpengeloven, § 13). Endvidere er der med indførelsen af visitationskategorier, som beskrevet i det foregående kapitel, udstukket faste retningslinjer for opfølgningsfrekvensen i de tre kategorier. I den forbindelse leder særligt kravet om opfølgning hver 4. uge i risikosagerne til en forventning om, at vi vil se væsentligt flere

afholdte opfølgningssamtaler i 2006 end i 2002. Tabel 6.1 viser andelen af sager med opfølgningssamtaler i 2002 og 2006.

TABEL 6.1

Andel af sager, hvor der er afholdt opfølgningssamtale i 2002 og 2006. Særskilt for diagnose og beskæftigelsesstatus. Procent.

	2002	2006
Diagnose		
Psykisk	62	79
Bevægeapparat	61	84
Andet	56	76
Beskæftigelsesstatus		
Lønmodtager	58	81
Ledig	64	90
Andet	63	86
Alle	58	80
Totalt procentgrundlag	1126	991

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi² test viser, at der er signifikant forskel i brugen af opfølgningssamtaler mellem de to år ($p < 0,05$).

Som det fremgår af tabel 6.1, er der sket en betydelig stigning i brugen af opfølgningssamtaler fra at forekomme i 58 pct. af sagerne i 2002 til i 80 pct. af sagerne i 2006. Denne stigning er dog ikke overraskende, da det jo netop er en forudsætning i den nye lovgivning, at kommunerne skal gennemføre opfølgning i alle sager. Set i lyset af dette lovkrav kan det tværtimod diskuteres, om det er tilfredsstillende, at der ikke er gennemført opfølgningssamtaler i 20 pct. af sagerne i 2006.

I tabellen har vi endvidere fordelt brugen af opfølgningssamtaler efter de sygemeldtes diagnose og beskæftigelsesstatus. Disse tal viser, at der er en svag, men signifikant tendens til, at der i 2006 i større omfang gennemføres opfølgningssamtaler i sager med en bevægeapparatlidelse end i sager med psykiske lidelser eller andre diagnoser. Der er imidlertid ikke nogen forskel i tilbøjeligheden til at afholde opfølgningssamtaler for ledige henholdsvis lønmodtagere.

Lovgivningen opstiller ligeledes klare minimumskrav til, hvor ofte der skal afholdes opfølgningssamtale. Efter første opfølgningssamtale, som skal afholdes senest 8 uger efter første fraværsdag, skal der afholdes opfølgning mindst hver 8. uge i sager, der er visiteret til

visitationskategori 1 eller 3, og mindst hver 4. uge i sager i visitationskategori 2. I tabel 6.2 vises andelen af sager fordelt efter antal opfølgningssamtaler og sagsvarigheden i både 2002 og 2006, dog er der den forskel, at vi i 2002 spurgte til maksimalt fire opfølgningssamtaler, hvor vi i 2006 spurgte om op til 10 opfølgningssamtaler.

TABEL 6.2

Sygedagpengesager fordelt efter antal afholdte opfølgningssamtaler. Separat for sagsvarighed og for 2002 og 2006. Procent.

Antal opfølgnings- samtaler	Sagsvarighed (uger)				
	8-13	14-26	27-39	40+	Alle
2006					
0	40	13	5	1	20
1	44	20	7	7	25
2	11	34	9	6	21
3	3	17	21	7	12
4	1	7	17	10	7
5	0	4	16	15	5
6	0	2	9	15	3
7	0	2	5	6	2
8	0	0	6	11	2
9	0	1	1	3	1
10	0	0	5	19	2
I alt	99	100	101	100	100
Antal	333	436	147	75	991
2002					
0	67	33	13	1	42
1	27	37	24	19	30
2	3	17	25	8	12
3	2	7	16	20	7
4	1	7	21	53	9
I alt	100	101	99	101	100
Antal	465	431	161	69	1.126

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data.

Som det fremgår af tabel 6.2, er det langt overvejende de helt korte sager, der tegner sig for sagerne uden opfølgningssamtaler. I sager under 13

uger er 40 pct. af sagerne således uden opfølgningsamtale i 2006, hvilket imidlertid er et væsentligt fald fra 67 pct. i 2002. Generelt viser tabellen en klar tendens til, at der er gennemført opfølgningsamtaler i en større andel af sagerne, uanset sagsvarighed, samt at der gennemføres flere opfølgningsamtaler for samme varighed af sager i 2006 sammenlignet med 2002.

BRUGEN AF TELEFONISKE OG PERSONLIGE OPFØLGNINGSSAMTALER

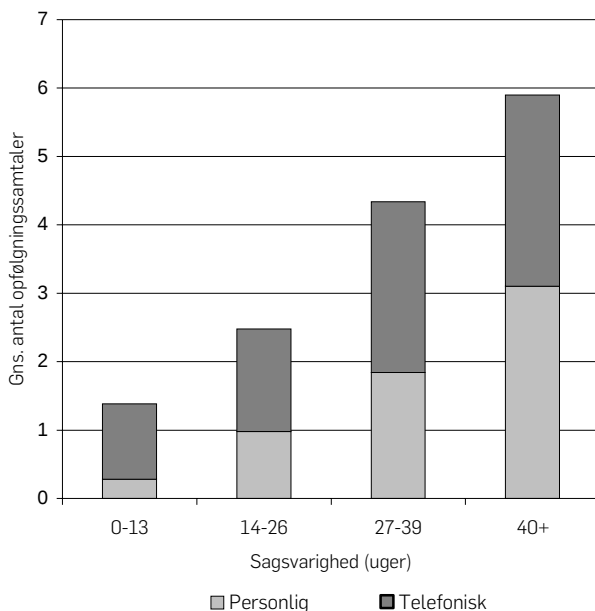
Kommunerne har mulighed for at vælge at gennemføre en del af opfølgningsamtalerne som telefoniske opfølgningsamtaler i stedet for personlige opfølgningsamtaler, hvor den sygemeldte skal møde frem på sagsbehandlerens kontor.

I lovgivningen er det fastsat, at den første opfølgningsamtale og hver anden efterfølgende samtale skal være ved fremmøde i sager, der er visiteret til kategori 2. For de øvrige samtaler i kategori 2 og for alle samtaler i kategori 1 og kategori 3 er det op til kommunen at afgøre, om den enkelte opfølgningsamtale skal gennemføres telefonisk eller ved fremmøde.

Figur 6.1 viser generelt en udbredt brug af telefoniske såvel som personlige opfølgningsamtaler blandt sager med forskellig varighed. Der kan dog ses en tendens til en overvægt af telefonisk opfølgning i de korteste sager. Dette skyldes formentligt, at der i en stor del af de ukomplicerede sager i visitationskategori 1 primært følges op ved telefonisk samtale. I de længere sager ser vi en mere ligelig fordeling i andelen af telefoniske og personlige opfølgningsamtaler.

FIGUR 6.1

Gennemsnitligt antal personlige og telefoniske opfølgningssamtaler.
Særskilt efter sagsvarighed, 2006.



Anm.: Baseret på n = 991.

TIDLIG OPFØLGNING

Kommunernes sygedagpengeafdelinger har mulighed for at sætte ind med særlig tidlig opfølgning i sager, hvor de skønner, at det er hensigtsmæssigt. Denne tidlige opfølgning kan således ligge før de i lovgivningen fastsatte opfølgningsfrister, og tidlig opfølgning kan iværksættes uafhængigt af visitationskategorien. I den kvalitative evaluering af lovændringen pegede kommunerne dog på, at der kunne forekomme endnu tidligere opfølgning i visse udvalgte typer af sager, fx i form af, at ledige skulle møde personligt og aflevere deres oplysningsskema, og at der i forbindelse med dette fremmøde blev afholdt første opfølgningssamtale (Damgaard & Boll, 2007). En forudsætning for, at første opfølgningssamtale kan gennemføres, er dog, at kommunen har modtaget et dagpengeskema. I tabel 6.3 har vi derfor udskilt de sager, hvor dagpengeskemaet er modtaget rettidigt, og det ses tydeligt, at der generelt opfølges tidligere i disse sager. Uden et

dagpengeskema ved kommunen populært sagt ikke, at der er en sag, og de har derfor ikke mulighed for at foretage opfølgning. Selv om den sygemeldte mister sygedagpenge, og arbejdsgiveren mister sygedagpengerefusion ved for sent indsendt dagpengeskema, er dette dog stadig et problem i en del af sagerne.

TABEL 6.3

Fordeling af sager efter tid fra sygemelding til første opfølgningssamtale. Procent.

	Alle sager		Sager, hvor dagpengeskema er modtaget inden 4 uger	
	2002	2006	2002	2006
0-8 uger	39	52	50	62
9-13 uger	38	33	36	27
14-26 uger	19	12	12	10
27-39 uger	2	1	1	1
40-52 uger	0	0	0	0
1 år +	2	1	1	0
I alt	100	99	100	100
Antal	626	787	371	484

Tabel 6.3 illustrerer en generel forskydning i retning af tidligere opfølgningssamtaler i 2006 sammenlignet med 2002. Første opfølgningssamtale gennemføres i 2006 inden 8 uger i over halvdelen af sagerne, og blandt de sager, hvor dagpengeskemaet er modtaget rettidigt, er der gennemført første opfølgningssamtale inden for 8 uger i 62 pct. af sagerne. Denne fremrykning af opfølgningssamtalerne skal endvidere ses i perspektivet af, at der overhovedet afholdes opfølgningssamtaler i en betydelig større andel af sagerne, som beskrevet ovenfor.

Vi kan således konkludere, at der dels gennemføres opfølgningssamtaler i en større del af sagerne i 2006, og dels at den første opfølgningssamtale generelt gennemføres tidligere i sagsforløbet.

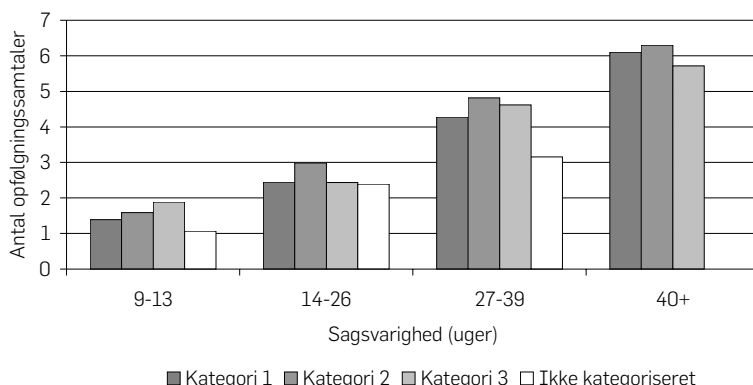
BETYDNING AF VISITATIONSKATEGORI FOR OPFØLGNINGSSAMTALER

Som allerede nævnt opstiller lovgivningen forskellige krav til opfølgningsindsatsen afhængigt af, hvilken visitationskategori sagen er placeret i. Den mest markante forskel er kravet om opfølgning mindst

hver 4. uge i kategori 2-sagerne mod mindst hver 8. uge i de øvrige sager. Fælles for alle tre visitationskategorier er dog, at den første opfølgningssamtale skal gennemføres inden 8 uger fra første fraværsdag. På baggrund af kravet om 4 ugers opfølgningsfrekvens i kategori 2-sagerne kan vi forvente, at der i gennemsnit vil være gennemført flere samtaler i kategori 2-sager end i kategori 1- og kategori 3-sager af samme varighed. Det gennemsnitlige antal opfølgningssamtaler fordelt på visitationskategori og sagsvarighed er illustreret i figur 6.2.

FIGUR 6.2

Gennemsnitligt antal opfølgningssamtaler fordelt på visitationskategori og sagsvarighed, 2006.



Anm.: Baseret på n = 802. Ingen angivelse for ikke-kategoriserede sager over 40 uger, da n < 5.

Som det fremgår af figur 6.2, er der som forventet en tendens til, at der gennemføres flere opfølgningssamtaler i kategori 2-sagerne, særligt i de mellemlange sager. Det skal bemærkes, at nogle af de gennemsnitsværdier, der er gengivet i figuren, er behæftet med en betydelig usikkerhed, da de baserer sig på et lille antal observationer. For eksempel er der af gode grunde kun få kategori 3-sager under 13 uger og få kategori 1-sager over 40 uger. Vi har derfor testet for betydningen af visitationskategorien for antal opfølgningssamtaler i en regressionsmodel (poisson regression), hvor vi også kontrollerer for sagsvarighed og tidspunkt for modtagelse af dagpengeskema. I denne model viser det sig, at der er signifikant flere samtaler i sagerne fra kategori 2 end fra kategori

1, mens der ikke er forskel på kategori 1- og kategori 3-sagerne. Modellen viser endvidere, ikke overraskende, at der er gennemført færre opfølgningssamtaler i sagerne, jo senere dagpengeskemaet er modtaget. Til gengæld er der ingen forskel i opfølgningsintensiteten for psykiske lidelser og bevægeapparatlidelser eller for sygemeldte med forskellig uddannelsesbaggrund, når der kontrolleres for sagsvarighed og visitationskategori.

OPFØLGNINGSPLANER

Ifølge sygedagpengeloven er kommunen forpligtet til allerede ved 1. opfølgningssamtale at tage stilling til, om der skal udarbejdes en opfølgningsplan, og opfølgningsplaner skal udarbejdes senest i umiddelbar forlængelse af 2. opfølgningssamtale (sygedagpengeloven, § 16). Opfølgningsplanen skal ifølge lovgivningen ”indeholde mål for opfølgningen, og den konkrete opfølgningsindsats skal fremgå af planen. Planen skal sikre overblik og koordination af indsatsen i den enkelte sag.” Endvidere fremgår det, at opfølgningsplanen skal have ”særlig fokus på arbejdsfastholdelse og tilbagevenden til arbejdsmarkedet”.

Tabel 6.4 viser en oversigt over brugen af opfølgningsplaner i 2002 og 2006, samt hvilket primært formål der var med den første udgave af planen, og hvornår planen blev udarbejdet i relation til 2. opfølgningssamtale.

Som tabel 6.4 illustrerer, er der sket markante ændringer omkring brugen af opfølgningsplaner fra 2002 til 2006. For det første udarbejdes der opfølgningsplaner i en større andel af sagerne i 2006 end i 2002. For det andet retter planerne sig i 2006 i langt større grad mod at sikre ordinær beskæftigelse. For det tredje ses der en tendens til, at opfølgningsplanerne udarbejdes tidligere i sagerne. I de sager, hvor der foreligger en opfølgningsplan, og hvor der er afholdt mindst to opfølgningssamtaler, er opfølgningsplanen udarbejdet før eller i sammenhæng med 2. opfølgningssamtale i 83 pct. af sagerne i 2006 mod 77 pct. af sagerne i 2002. Samtidig er der sket et fald i andelen af sager, hvor opfølgningsplanen udarbejdes mere end 4 uger efter 2. opfølgningssamtale.

Vi har også undersøgt, om der er forskel på andelen af sager, hvor der udarbejdes opfølgningsplaner i de tre visitationskategorier.

Dette er ikke tilfældet, når man kontrollerer for sagernes varighed. Der er da heller ikke noget i lovgivningen, som forudsætter, at kommunerne skal lægge forskellig vægt på udarbejdelsen af opfølgningsplaner afhængigt af visitationskategorier. Tværtimod forudsættes det, at der udarbejdes opfølgningsplaner i alle sager med så tilpas varighed, at man når at gennemføre 2. opfølgningssamtale (typisk 12-16 uger).

TABEL 6.4

Andel af sager, hvor der er udarbejdet opfølgningsplan samt formål og tidspunkt for udarbejdelse. Særså for 2002 og 2006. Procent.

	2002	2006
Opfølgningsplan foreligger*		
Ja	33	58
Nej	67	42
I alt	100	100
Antal	1.111	974
Formål med første opfølgningsplan*		
Ordinær beskæftigelse	54	88
Fleksjob	5	4
Revalidering/uddannelse	-	4
Andet	41	4
I alt	100	100
Antal	382	413
Tidspunkt for udarbejdelse af opfølgningsplan relativt til 2. opfølgningssamtale*		
Før 2. samtale	56	69
Samtidig med 2. samtale	25	14
Op til 1 uge efter 2. samtale	3	2
1-4 uger efter 2. samtale	2	6
Senere	13	8
I alt	99	99
Antal	199	384

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. * angiver signifikant forskel på 2002 og 2006. – angiver, at denne svarmulighed ikke fandtes i 2002.

BRUG AF LÆGELIG DOKUMENTATION

Kommunerne har mulighed for at indhente lægelig dokumentation i sygedagpengesagerne. Denne dokumentation kan indhentes i forskellige former og ved forskellige metoder. De mest almindelige former for lægeoplysninger er en udfyldt lægeerklæring fra den sygemeldtes praktiserende læge eller journaloplysninger fra et behandlende sygehus e.l.

I vores tidligere kvalitative undersøgelser blandt de kommunale ledere og sagsbehandlere var der generelt stor variation i synet på brugen af lægeerklæringer, ligesom praksis for brug af lægeerklæringer har varieret betydeligt mellem kommunerne (Damgaard & Boll, 2007; Boll & Clausen, 2002). Andelen af sager, hvor der er indhentet forskellige typer lægeoplysninger, er gengivet i tabel 6.5.

TABEL 6.5

Andel af sager, hvor forskellige typer af lægeoplysninger er indhentet i 2002 og 2006. Procent.

	2002	2006
Lægeattest *	78	27
Journaloplysninger	27	21
Statusattest *	24	30
Generel helbredsundersøgelse *	2	4
Speciallægeerklæring *	3	6
Lægekonsulentforelæggelse *	28	16
Mindst én af ovenstående *	92	68
Totalt procentgrundlag	1.416	1.191

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. * angiver signifikant forskel mellem 2002 og 2006.

Den mest bemærkelsesværdige udvikling i brugen af lægeoplysninger mellem 2002 og 2006 er det markante fald i andelen af sager, hvor der er indhentet en almindelig lægeattest.¹⁶ Denne andel af sager er faldet fra hele 78 pct. i 2002 til 27 pct. i 2006, hvilket utvivlsomt hænger sammen med bortfaldet af lovkravet om, at der skal foreligge lægeoplysninger i

16. Med lægeattest menes den gældende standardiserede blanket, dvs. LÆ255 i 2006 og LÆ205 i 2002.

alle sager efter 8 uger. Den kvalitative undersøgelse pegede på, at nogle kommuner tidligere har praktiseret en mere mekanisk model med indhentning af lægeattester i alle sager, men er gået bort fra denne model, da disse lægeattester ofte ikke tilvejebragte relevant information i sagerne, og endvidere belastede kommunens forhold til de praktiserende læger. Det er dog umuligt at sige, om det er en generel udvikling blandt flere kommuner væk fra en sådan automatisk brug af lægeattester, der ligger bag det observerede fald i anvendelsen af lægeattester. Andre muligheder kan være, at det øgede beskæftigelsesrettede fokus i lovgivningen har flyttet fokus fra den lægelige dokumentation til andre aspekter af sagsbehandlingen.

En del af baggrunden for den mindre brug af lægeattester skal dog formentlig findes i et øget brug af visse andre typer af lægeoplysninger. Vi kan således observere en svag stigning i anvendelsen af statusattester fra 24 pct. af sagerne i 2002 til 30 pct. af sagerne i 2006. Hertil kommer, at andelen af sager, hvor der er anvendt generelle helbredsundersøgelser og speciallægeerklæringer, er fordoblet fra 2002 til 2006. Generel helbredsundersøgelse og speciallægeerklæring forekommer dog stadig kun i en lille procentdel af sagerne, hvilket næppe er overraskende, da disse to typer af erklæringer er forbundet med såvel relativt store udgifter for kommunen som besvær for den sygemeldte og lægen. I den kvalitative undersøgelse angiver sagsbehandlerne da også, at disse erklæringer primært anvendes i komplekse sager med et stort udredningsbehov (Damgaard & Boll, 2007).

Hvis man ser på andelen af sager, hvor der foreligger mindst én af alle de nævnte typer af lægeoplysninger, er denne faldet fra 92 pct. af sagerne i 2002 til 68 pct. af sagerne i 2006. Selv om dette er et markant fald, er det dog mindre, end udviklingen i de enkelte typer af lægeoplysninger kunne foranledige os til at tro. Det store fald i andelen af sager, hvor der er indhentet lægeattest, ser med andre ord ud til i nogen grad at opvejes af den øgede brug af andre typer af lægeoplysninger. Samtidig er der sket et fald i andelen af sager, hvor der er indhentet mere end én type af lægeoplysninger. Hvor dette var tilfældet for 53 pct. af sagerne i 2002, er det kun tilfældet for 34 pct. af sagerne i 2006.

HAR HOLDNINGEN TIL LÆ255 BETYDNING FOR BRUGEN AF FORSKELLIGE TYPER DOKUMENTATION?

Den nye lægeerklæringsblanket (LÆ255) blev indført med det formål at rette op på nogle af de mangler og problemer, som kommuner og læger oplevede med den hidtidige lægeerklæring. I den kvalitative undersøgelse fandt vi, at tilfredsheden med den nye lægeerklæring i kommunerne var noget blandet. Generelt fandt ledere og sagsbehandlere i kommunerne, at LÆ255 var udmærket tænkt, men at der i praksis ofte var problemer med at få de relevante oplysninger frem ved hjælp af blanketten – problemer, som formentlig kan tilskrives manglende gensidig viden mellem læger og sagsbehandlere om den anden parts kompetencer og behov for information (Damgaard & Boll, 2007).

Vi har i den aktuelle undersøgelse spurgt de kommunale ledere om deres oplevelse af LÆ255 som bedre eller dårligere end den hidtidige lægeerklæring, LÆ205. Som det blev vist i kapitel 4, mener 27 pct. af de kommunale ledere, at den nye lægeerklæring er bedre end den gamle, mens 20 pct. mener, den er dårligere, og 53 pct. finder, at den hverken er bedre eller dårligere.

I forlængelse af disse forskelle i kommunernes holdninger til LÆ255 er det nærliggende at undersøge, om kommunernes holdninger har haft betydning for den faktiske brug af forskellige typer af lægelige oplysninger. Den naturlige hypotese er, at kommuner, som er negative over for LÆ255, vil være mindre tilbøjelige til at bruge denne og tilsvarende mere tilbøjelige til at benytte andre kilder til lægelig information, såsom journaloplysninger og statusattester.

Denne hypotese kan dog ikke bekræftes i vores data. Kommunernes brug af lægeattesten og de øvrige typer lægeoplysninger er i det store hele uafhængig af kommunernes holdning til lægeattesten.

Dog er de kommuner, som mener, at LÆ255 er dårligere end den hidtidige lægeerklæring, mere tilbøjelige til at indhente statusattester i sagerne.¹⁷ Denne tendens fandt vi også i den tidligere kvalitative undersøgelse blandt kommunerne, hvor en del sagsbehandlere nævnte, at de foretrak statusattester frem for LÆ255, da de fandt, at statusattesten

17. De kommuner, der mener, at LÆ255 er dårligere end den gamle lægeattest, har brugt statusattester i 40 pct. af deres sager i 2006 mod 18 pct. i 2002. De kommuner, der mener, at LÆ255 er bedre eller lige så god som den gamle attest, har brugt statusattester i henholdsvis 27 og 24 pct. af sagerne i 2006.

gav dem bedre muligheder for at stille specifikke spørgsmål til den praktiserende læge, og at de derfor oftere fik de relevante oplysninger tilbage på en statusattest (Damgaard & Boll, 2007).

KOMMUNENS KONTAKT TIL DEN SYGEMELDTES EGEN LÆGE

Ud over at indhente lægeoplysninger igennem de oven for beskrevne kanaler har kommunen mulighed for, med den sygemeldtes samtykke, at kontakte den sygemeldtes praktiserende læge direkte. Ligeledes kan lægen, igen med patientens samtykke, kontakte kommunen. Formålet med en sådan direkte kontakt mellem sagsbehandler og læge vil typisk være at få uddybende information eller afklare uklarheder omkring en lægeerklæring. Men den kvalitative undersøgelse pegede også på, at enkelte sagsbehandlere og læger havde erfaring med et mere omfattende samarbejde omkring sagsbehandlingen på enkelte sager.

I tabel 6.6 gengives andelen af sager med kontakt til egen læge i 2002 og 2006.

TABEL 6.6

Andel af sager med kontakt mellem kommune og egen læge. Særskilt for 2002 og 2006. Procent.

	2002	2006
Ja	16	9
Nej	84	91
I alt	100	100
Antal	1.125	964

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Forskellen mellem 2002 og 2006 er signifikant.

Som det fremgår af tabel 6.6, har der været et fald i andelen af sager med kontakt til egen læge. Fra 16 pct. af sagerne i 2002 til 9 pct. i 2006.

BRUGEN AF LÆGEOPLYSNINGER I DE TRE VISITATIONSKATEGORIER

Vi har også undersøgt brugen af de forskellige typer af lægeoplysninger i de tre visitationskategorier, som blev omtalt i det forrige kapitel. I tabel 6.7 har vi fordelt sagerne efter visitationskategori og angivet andelen af

sager, hvor forskellige typer af lægeoplysninger er indhentet. Da visitationskategorien, som tidligere nævnt, hænger tæt sammen med den varighed, sagerne ender med at få, er det nødvendigt at kontrollere for dette, hvis man vil analysere en evt. selvstændig effekt af visitationskategorien. Vi har derfor testet, om forskellene i tabel 6.7 er signifikante, når der (i en logistisk regressionsmodel) kontrolleres for varighed.

TABEL 6.7

Andel af sager, hvor der er indhentet forskellige typer af lægeoplysninger. Særskilt for visitationskategori, 2006. Procent.

	Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3	Ikke kategoriseret	Alle sager
Lægeattest	29	37	23*	11*	27
Journaloplysninger	22	23	36	7*	22
Statusattest	25	54*	34	9*	29
Generel helbredsundersøgelse	2	8*	6	4	4
Speciallægeerklæring	5	10	6	3	6
Lægekonsulent- forelæggelse	13	31*	19	6	16
Kontakt til egen læge	6	18*	14	5	9

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. * angiver, at brugen af den pågældende lægeoplysning i visitationskategorien er signifikant forskellig fra kategori 1, når der er kontrolleret for sagsvarighed.

Tabel 6.7 viser en signifikant forskel mellem visitationskategorierne i forhold til brug af lægeattest, statusattest, generel helbredsundersøgelse, lægekonsulentforelæggelse og kontakt til egen læge. For lægeattesten er der mindre sandsynlighed for, at denne er indhentet i de langvarige sager (kategori 3) end i de øvrige kategoriserede sager. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at det primært er sygemeldte med en række forholdsvis entydige diagnoser og sygemeldte, der er i faste behandlingsforløb, som placeres i kategori 3, hvilket også understøttes af en tendens til, at der indhentes journaloplysninger i en relativt stor del af kategori 3-sagerne. Denne tendens er dog kun på grænsen til at være signifikant, når man kontrollerer for sygemeldingens varighed.

For statusattester og generelle helbredsundersøgelser og lægekonsulentforelæggelser gælder, at disse forekommer hyppigere i

risikosager (kategori 2) end i de øvrige visitationskategorier. Dette er næppe overraskende, taget i betragtning at særligt generelle helbredsundersøgelser og lægekonsulentforelæggelser kan anvendes af kommunernes sagsbehandlere til at få en medicinsk status på mere komplekse eller svært gennemskuelige sygedagpengesager (Damgaard & Boll, 2007). Tabel 6.7 viser også, at der generelt indhentes lægeoplysninger – bortset fra journaloplysninger – hyppigere i kategori 2-sagerne end i de øvrige sager. Således indhenter kommunerne også speciallægeerklæringer og lægeattester i en større andel af kategori 2-sagerne. Disse forskelle er dog ikke signifikante, når man kontrollerer for sygemeldingens varighed.

Kontakt mellem sagsbehandler og den sygemeldtes egen læge forekommer ligeledes oftere i kategori 2-sager end i de øvrige visitationskategorier, selv når der tages hensyn til sagsvarighed. Dette resultat stemmer godt overens med vores indtryk fra den kvalitative undersøgelse, som netop pegede på, at den direkte kontakt til lægen oftest blev brugt af kommunerne i sager, der oplevedes som meget uafklarede eller med diffuse diagnoser. Og disse sager vil typisk være visiteret til kategori 2.

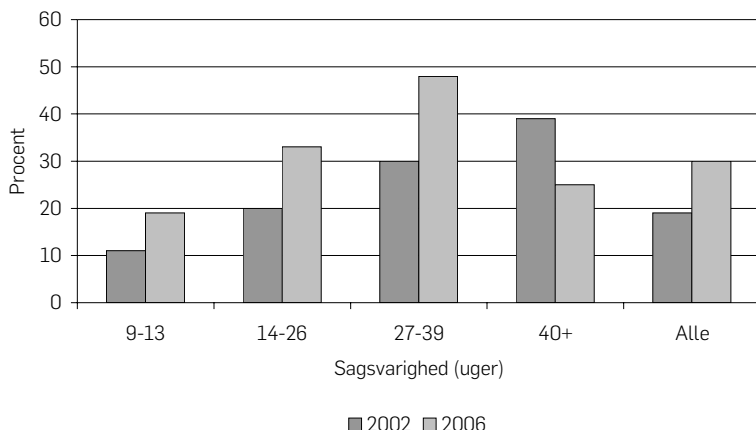
DELVISE RASKMELDINGER

Muligheden for at bruge delvise raskmeldinger som et element i at sikre arbejdspladsfastholdelse er eksplicit fremhævet i forbindelse med lovændringen i 2005 (sygedagpengeloven, § 17, vejledning stk. 2.5).

I figur 6.3 illustreres forekomsten af delvise raskmeldinger fordelt på forskellige kategorier af sagslængde i 2002 og 2006. Som det fremgår af figur 6.3, er der sket en stigning i andelen af sager, hvor der anvendes delvis raskmelding. Fra 19 pct. af sagerne i 2002 til 30 pct. af sagerne i 2006.

FIGUR 6.3

Andel af sager med delvis raskmelding. Separat for sagsvarighed og år.



Anm.: Baseret på n = 213 i 2002 og n = 297 i 2006.

TIDSPUNKT OG VARIGHED FOR DELVISE RASKMELDINGER

Kommunerne og de sygemeldte levnes af lovgivningen stor autonomi til i fællesskab at bestemme, hvornår i sygeforløbet en evt. delvis raskmelding skal iværksættes, og hvilken varighed den delvise raskmelding skal have. Blot pointeres det i lovgivningen, at delvis raskmelding skal ske i det omfang, det kan fremme hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Tiden fra sygemelding til delvis raskmelding og varigheden af de delvise raskmeldinger er illustreret i tabel 6.8. De illustrerede varigheder i tabellen skal naturligvis ses i forhold til den generelle fordeling af sagsvarigheder og særligt det forhold, at den aktuelle evalueringsdatamateriale er afgrænset til at omfatte sager med en maksimal varighed på 13 måneder.

Med hensyn til tidspunktet for iværksættelse af delvise raskmeldinger er disse fordelt nogenlunde jævnt over det første halve år af sygeforløbene. Der er således en væsentlig andel af sagerne, hvor der iværksættes delvis raskmelding allerede tidligt i sagen. I 2006 er sammenlagt 40 pct. af de delvise raskmeldinger således iværksat inden for de første 2 måneder af sygemeldingen. Sammenlignet med 2002 ses

en tendens til, at en stigende andel af de delvise raskmeldinger iværksættes allerede inden for den første måned efter sygemeldingen. Men overordnet set er der ikke sket nogen væsentlig forskydning på dette punkt fra 2002 til 2006.

TABEL 6.8

Sygedagpengesager med delvis raskmelding fordelt efter tidspunkt for og varighed af delvis raskmelding. Særskilt for 2002 og 2006. Procent.

	Tidspunkt for delvis raskmelding		Varighed af delvis raskmelding	
	2002	2006	2002	2006
Under 4 uger	13	21	-	34
5-8 uger	22	19	-	18
9-13 uger	29	28	-	18
14-26 uger	28	25	-	21
27-39 uger	5	7	-	4
40+ uger	3	1	-	4
Alle	100	101	-	99
Antal	198	282	-	253

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Der er ikke indsamlet data for varighed i 2002.

Fordelingen af varighederne af de delvise raskmeldinger viser, at ca. en tredjedel af de delvise raskmeldinger er af under 1 måneds varighed, hvilket peger på, at delvise raskmeldinger ikke udelukkende bruges i meget lange, komplicerede forløb. Der er dog stadig en væsentlig andel af ganske lange delvise raskmeldinger. 29 pct. af sagerne har en varighed på over 14 uger, og 8 pct. af sagerne har en varighed på over et halvt år. Disse andele skal ses i lyset af, at datamaterialet i denne undersøgelse, som nævnt indledningsvist, er afgrænset til kun at indeholde sager med en varighed på under 14 måneder.

KONTAKT MED ARBEJDSGIVERE OG ANDRE RELEVANTE AKTØRER

Der opfordres i lovgivningen til, at kommunerne koordinerer opfølgningsindsatsen med andre relevante aktører. I denne forbindelse spiller arbejdsgiveren ofte en central rolle. Men a-kasser, fagforeninger

og arbejdsformidlingen kan også være relevante at inddrage i et sygedagpengeopfølgningsforløb. I det følgende redegør vi for kontakten mellem kommunerne og disse relevante eksterne aktører i de undersøgte sygedagpengesager. Tabel 6.9 viser andelen af sager, hvor der har været kontakt mellem kommunen og arbejdsgiver.

TABEL 6.9

Andel af sager med kontakt til arbejdsgiver. Procent.

	2002	2006
Kontakt til arbejdsgiver		
Ja	10	10
Nej	80	85
Irrelevant (sygemeldt fra a-kasse)	10	5
I alt	100	100
Møde med arbejdsgiver		
Ja	4	5
Nej	86	89
Irrelevant (sygemeldt fra a-kasse)	4	6
I alt	100	100
Antal	1.123	939

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data.

Der er ikke sket nogen udvikling i brugen af arbejdsgiverkontakt mellem 2002 og 2006. Andelen af sager med kontakt ligger konstant på 10 pct. og andelen af sager med møder på ca. 5 pct.

I 2006 har vi også spurgt til årsagen til den manglende kontakt i de sager, hvor arbejdsgiveren ikke blev kontaktet. Her er langt den oftest anførte begrundelse, at det ikke skønnes relevant (ca. 55 pct. af sagerne uden kontakt), eller at raskmelding fandt sted, inden arbejdsgiveren kunne kontaktes (ca. 20 pct.). Kun i knapt 1 pct. af sager uden kontakt angives som årsag, at den sygemeldte ikke ønskede, at kommunen kontaktede arbejdsgiveren.

KONTAKT MED A-KASSER, FAGFORENINGER OG AF

Ud over arbejdsgiveren kan det også være relevant at inddrage den sygemeldtes a-kasse eller fagforening samt AF. Særligt i sager, hvor man kommer frem til, at den sygemeldte ikke kan vende tilbage til sit hidtidige arbejde i fuldt omfang, og der derfor skal tænkes i omplacering, skånehensyn eller evt. et job med løntilskud, vil der ifølge såvel

sagsbehandlere, som arbejdsgivere, vi har talt med, ofte blive taget kontakt i sagen til såvel arbejdsgiver som fagforening evt. i form af en såkaldt rundbordssamtale (Damgaard & Boll, 2007). Andelen af sager med kontakt til fagforening, a-kasse eller AF er gengivet i tabel 6.10.

TABEL 6.10

Andel af sager med kontakt til fagforening eller a-kasse og AF.

	2002	2006
Kontakt til fagforening eller a-kasse	4	4
Kontakt til AF	0	0
Antal	1.127	960

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data.

Som det fremgår af tabel 6.10, er der ikke sket nogen udvikling i andelen af sager med kontakt til fagforening eller a-kasse og AF. Arbejdsformidlingen er kontaktet i under 1 pct. af sagerne og må derfor konstateres til stadig at spille en minimal rolle i sygedagpengesagerne. For fagforeningens og a-kassens vedkommende har der været kontakt i ca. 4 pct. af sagerne i begge år. Det skal dog bemærkes, at dette er andelen af sager, hvor der har været direkte kontakt mellem kommune og a-kasse eller fagforening. Den sygemeldte kan derfor meget vel selv have stået for kontakten i en større andel af sagerne.

Samlet set kan man sige, at der ikke er sket den forventede udvikling i kommunernes kontakt til de eksterne aktører, givet at kommunerne i lovgivningen er blevet eksplicit pålagt at udvikle og koordinere et samarbejde med eksterne aktører (sygedagpengeloven, § 9). Det skal dog nævnes, at der godt kan være sket en udvikling på et mere overordnet plan i kontakten mellem kommuner og arbejdsgivere, a-kasser, fagforeninger mv., men at en sådan evt. udvikling altså ikke kan ses afspejlet i sagsbehandlingen på de enkelte sygedagpengesager. Den manglende stigning i den eksterne kontakt stemmer imidlertid godt overens med den kvalitative undersøgelse, hvor vi netop påpegede, at kommunerne tilsyneladende havde koncentreret sig om at implementere lovkravene til opfølgningsindsatsen først og havde haft mindre fokus på kravet om i højere grad at skulle koordinere indsatsen mellem de forskellige aktører (Damgaard & Boll, 2007).

BETYDNING AF SAGSVARIGHED OG VISITATIONSKATEGORI FOR KONTAKT TIL EKSTERNE AKTØRER

Andelen af sager med kontakt til eksterne aktører må formodes at være væsentligt højere blandt de langvarige sager end blandt de korte. Det vil ofte være i mere alvorlige sygdomsforløb, som i sagens natur ofte er langvarige, eller i sager, som efter en længere sygemeldingsperiode stadig er uafklarede, at kommunerne begynder at inddrage eksterne aktører i sagsbehandlingen. I de kortere og mere entydige sager vil kontakten til arbejdsgiver og fagforening som regel foregå gennem den sygemeldte selv, i det omfang det kan lade sig gøre (Damgaard & Boll, 2007).

TABEL 6.11

Sygedagpengesager i 2006 fordelt efter arbejdsgiverkontakt. Opdelt på sagsvarighed. Procent.

	Sagsvarighed (uger)				
	8-13	14-26	27-39	40+	Alle
Kontakt til arbejdsgiver*	5	8	22	14	10
Ingen kontakt	92	86	73	70	85
Irrelevant (sygemeldt fra a-kasse)	3	6	5	15	5
Alle	100	100	100	99	100
Kontakt til a-kasse/ fagforening*	1	5	8	5	4
Ingen kontakt	99	95	92	95	96
Alle	100	100	100	100	100
Antal	328	423	141	68	960

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. * angiver, at der er en signifikant sammenhæng mellem andelen af sager med kontakt og varighed.

I tabel 6.11 har vi gengivet andelen af sager med arbejdsgiverkontakt og kontakt til a-kasse eller fagforening fordelt efter sagsvarighed. Vi har udeladt spørgsmålet om kontakt til AF, da dette kun fandtes i tæt ved 0 pct. af sagerne. Tabellen viser som forventet en stigende tendens til arbejdsgiverkontakt i de længerevarende sager til et niveau, hvor der har været arbejdsgiverkontakt i over 20 pct. af sager over 27 uger. For de endnu længerevarende sager falder andelen med arbejdsgiverkontakt igen, bl.a. fordi en større del af disse langvarige sager omhandler

sygemeldte personer fra en a-kasse, og som derfor ikke har nogen arbejdsgiver.

For kontakten til a-kasse eller fagforening ses den samme tendens til, at det primært er de længerevarende sager, hvor der har været kontakt. Faktisk viser en beregning, at der er en høj korrelation mellem kontakt til arbejdsgiver og a-kasse/fagforening. Der har således også været arbejdsgiverkontakt i tæt ved halvdelen af de sager, hvor der har været kontakt til a-kasse eller fagforening.

Ud over sagsvarigheden må det formodes, at visitationskategorien har betydning for, hvor sandsynligt det er, at der har været kontakt til arbejdsgiver, a-kasse, fagforening eller arbejdsformidling. Kort sagt kan vi forvente, at der er en større tilbøjelighed til at inddrage disse eksterne aktører i kategori 2-sagerne, fordi kategori 2-sagerne netop er defineret som sager, hvor der er behov for særlig afklaring og en større samlet indsats for at sikre den sygemeldtes arbejdsmarkedstilknytning. Sammenhængen mellem visitationskategori og kontakt til arbejdsgiver, a-kasse og fagforening er vist i tabel 6.12.

TABEL 6.12

Andel af sager, hvor der har været kontakt til arbejdsgiver og a-kasse eller fagforening. Særskilt for visitationskategori, 2006. Procent.

	Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3	Ikke kategori- seret	Alle sager
Kontakt til arbejdsgiver	9	16	8	4	9
Kontakt til a-kasse/fagforening	2	10*	5	2	4

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. * angiver, at andelen af sager med kontakt i visitationskategorien er signifikant forskellig fra kategori 1, når der er kontrolleret for sagsvarighed.

Umiddelbart viser tabellen, at der er større tilbøjelighed til arbejdsgiverkontakt i kategori 2 end i de øvrige visitationskategorier. Denne forskel forsvinder imidlertid, når man kontrollerer for sagernes varighed.

Også kontakt til a-kasse eller fagforening forekommer i en betydelig større andel af kategori 2-sagerne end i sager i de øvrige visitationskategorier. Der har været kontakt mellem kommune og a-kasse eller fagforening i 10 pct. af kategori 2-sagerne mod kun 2 pct. af kategori 1-sagerne. Denne sammenhæng forbliver signifikant, også når

der kontrolleres for den forskellige gennemsnitlige varighed af sagerne i de tre visitationskategorier.

FORREVALIDERING, TILSKUD TIL ARBEJDSREDSKABER MV.

Ud over reglerne i sygedagpengeloven er der en række reguleringer i den social- og arbejdsmarkedspolitiske lovgivning, som det kan være relevant at inddrage i sygedagpengesagerne. Lov om aktiv beskæftigelsesindsats og Lov om social service giver mulighed for at tilbyde hjælp til forskellige former for hjælpemidler, arbejdsredskaber og genoptræning. I tabel 6.13 vises en oversigt over brugen af disse forskellige muligheder i sygedagpengesagerne.

TABEL 6.13

Andel af sygedagpengesager, hvor forskellige typer initiativer har været iværksat. Separat for 2002 og 2006. Procent.

	2002	2006
Hjælp til arbejdsredskaber (§ 74 i Lov om aktiv beskæftigelsesindsats)	0	0
Hjælpemidler (§ 97/§ 98 i Lov om social service)	0	0
Anden økonomisk hjælp (fx uddannelsesudgifter)*	3	1
Kommunal bevilliget genoptræning (§ 86 i Lov om social service)	-	0
Forrevalidering	5	2
Har revalidering været drøftet?	11	8
Totalt procentgrundlag	1.123	958

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. * angiver signifikant forskel på 2002 og 2006. - angiver at denne svarmulighed ikke fandtes i 2002. Bemærk, at tallet 0 angiver <0,5, ikke absolut 0.

Som det fremgår af tabellen, benyttes lovgivningens muligheder for at yde særlig hjælp kun i en meget lille andel af sagerne. Hjælpemidler og hjælp til arbejdsredskaber ifølge Lov om social service og Lov om aktiv beskæftigelsespolitik har således været anvendt i under 1 pct. af sagerne i 2002 såvel som i 2006. Muligheden for kommunal bevilliget genoptræning benyttes ligeledes i under 1 pct. af sagerne i 2006. Det skal dog bemærkes, at disse tiltag kan formodes primært at komme til anvendelse i meget langvarige sager, og at den afgrænsning i

sagsvarigheden, som er anvendt i denne undersøgelse (kun meget få sager over 1 års varighed), formentlig gør, at disse tal er lavere, end de ville være ved en opgørelse blandt alle afsluttede sygedagpengesager. Anden økonomisk hjælp er bevilliget i 1 pct. af sagerne i 2006, hvilket er et fald fra 3 pct. i 2002.

Forrevalidering fandt sted i 2 pct. af sagerne i 2006, og egentlig revalidering har været drøftet i 8 pct. af sagerne. Begge tal er mindre end i de tilsvarende sager i 2002, men faldet er på grænsen af, hvad der er statistisk signifikant ($p < 0.07$). Et evt. fald i brugen af disse instrumenter kan dog formentlig tilskrives den større fokus på de umiddelbare beskæftigelsesrettede indsatser i kommunerne.

KONKLUSION

Kommunerne har afholdt opfølgningssamtaler i en betydelig større andel af sagerne i 2006 (80 pct. af alle sager), end tilfældet var i 2002 (58 pct.). Det må dog samtidig bemærkes, at kommunerne dermed stadig mangler 20 pct. af sagerne for at leve op til lovens klare krav om, at der skal afholdes opfølgning i alle sager med en varighed på over 8 uger. Det er særligt i de korte sager med en varighed på 8-13 uger, hvor der ikke bliver afholdt opfølgningssamtaler.

På samme måde ligger opfølgningssamtalerne betydeligt tidligere i sagsforløbene i 2006, end de gjorde i 2002, men kommunerne er også her et stykke fra at leve op til lovkravet om opfølgning i alle sager inden 8 uger. Dette krav overholdes i 52 pct. af de sager, hvor der er gennemført mindst én opfølgningssamtale. I 85 pct. af sagerne med opfølgningssamtale er den første samtale gennemført inden 14 uger fra sygemeldingen og i 97 pct. af sagerne inden 27 uger. Hvis man udelukkende ser på sager, hvor kommunen har modtaget dagpengeskemaet rettidigt, er andelen af sager med rettidig opfølgning noget højere (62 pct.).

Vores analyser viser også, at der i overensstemmelse med lovgivningens intentioner gennemføres flere opfølgningssamtaler i kategori 2-sager end i sager af samme varighed i de to øvrige kategorier.

Der er sket en betydelig stigning i andelen af sager, hvor der er udarbejdet opfølgningsplaner, hvilket stemmer overens med, at den nye lovgivning kræver, at opfølgningsplan skal udarbejdes i alle sager senest i forbindelse med den 2. opfølgningssamtale. Ligeledes er der kommet et

betydeligt større direkte jobfokus i opfølgningsplanerne. 88 pct. af de udarbejdede planer har i 2006 ordinær beskæftigelse som formål.

I forhold til kommunernes brug af lægeoplysninger kan vi konstatere, at der er indhentet lægeoplysninger i to tredjedele af sagerne i 2006, hvilket er et fald fra 2002, hvor den tilsvarende andel var over 90 pct. Særligt bruges der betydeligt færre almindelige lægeattester, hvilket formentligt kan ses i sammenhæng med, at lovændringen medførte et bortfald af kravet om, at der skulle foreligge lægelig dokumentation i alle sager over 8 ugers varighed. Til gengæld er der sket en stigning i brugen af statusattester, generelle helbredsundersøgelser og speciallægeerklæringer. Der er ikke nogen signifikant sammenhæng mellem kommunernes vurdering af den nye lægeerklæringsblanket (LÆ255) og deres tilbøjelighed til at bruge disse lægeerklæringer i sagerne.

SYGEMELDTES KONTAKT TIL SUNDHEDSVÆSEN OG ARBEJDSGIVER

I dette kapitel ser vi nærmere på de sygemeldtes erfaringer med sundhedsvæsen og arbejdsgivere. Kontakten til såvel sundhedsvæsen som arbejdsgiver kan have væsentlig betydning for forløbet og udfaldet af en sygemelding af flere forskellige grunde.

For sundhedsvæsenet gælder, at den behandling, den sygemeldte modtager på sygehuse, hos læger og hos andre behandlere, kan medvirke til, at den sygemeldte kommer i arbejde igen. Enten fordi behandlingen kurerer den sygemeldtes helbredsproblemer, eller fordi behandlingen fx ved genoptræning forbedrer funktionsevnen.

Arbejdsgiverkontakten er et andet vigtigt element i sygedagpengesagerens forløb. Flere undersøgelser har påpeget, at kvaliteten af den løbende kontakt mellem den sygemeldte og arbejdsgiveren kan have stor indflydelse på, om den sygemeldte vender tilbage til arbejdspladsen, og hvor gnidningsfrit denne tilbagevenden bliver. Der har derfor været stigende fokus på at forbedre den løbende kontakt mellem den sygemeldte og arbejdsgiveren både fra kommunernes og fra mange arbejdsgiveres side (Damgaard & Boll, 2007; Boll & Clausen, 2002).

Kapitlets analyser bygger på oplysninger fra vores spørgeskemaundersøgelse blandt tidligere sygemeldte i 2002 og 2006.

Det er således de sygemeldtes egne oplevelser af kontakten til sundhedssystemet og arbejdsgiverne, der ligger til grund for analyserne.

KONTAKT TIL SUNDHEDSVÆSENET

Vi har i undersøgelsen i både 2002 og 2006 spurgt de sygemeldte selv, om de under sygemeldingen har været i kontakt med fire forskellige instanser i sundhedssystemet: egen praktiserende læge, speciallæge, fysioterapeut og sygehus. I 2006 har vi yderligere spurgt til en række andre typer af behandlere, hvilket behandles senere i kapitlet. I tabel 7.1 gengives andelen af sygemeldte i henholdsvis 2002 og 2006, som har været i kontakt med de fire instanser, og andelen er endvidere fordelt efter sygemeldingens varighed og den sygemeldtes selvoplyste diagnose.

TABEL 7.1

Andel af sygemeldte, der har været i kontakt med sundhedssystemet i 2002 og 2006. Fordelt efter sygemeldingens varighed og diagnose. Procent.

	Egen læge		Speciallæge		Fysioterapeut		Indlagt på sygehus		Antal	
	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006
Alle	86	91*	60	57	39	33*	48	40*	1.204	1.131
Varighed										
8-13 uger	83	86	56	48	35	27	50	37	500	387
14-26 uger	89	92	65	57	37	35	47	41	456	484
27-39 uger	84	96	61	70	50	33	49	37	175	165
40+ uger	88	88	62	68	58	58	44	59	73	95
Diagnose										
Psykisk	98	95	56	43	7	8	18	11	152	201
Bevægeapparat	85	91	70	63	66	56	41	44	388	314
Andet/ube-svaret	82	87	54	59	27	24	67	59	664	616

Anm.: * efter et procenttal angiver, at der er signifikant forskel mellem 2002 og 2006.

Der er sket en mindre stigning fra 2002 til 2006 i andelen af sygemeldte, der har brugt egen læge under sygdommeldingen. Blandt de sygemeldte, som vi har afgrænset os til i denne undersøgelse (sygemeldinger med en varighed på mindst 8 uger), har hele 91 pct. været til egen læge i 2006 mod 86 pct. i 2002. Der er til gengæld sket et fald i andelen, som har været indlagt på sygehus – fra 48 pct. i 2002 til 40 pct. i 2006. Der er ligeledes sket et fald i andelen, som har været til fysioterapeut, mens andelen, der har været hos speciallæge, er uforandret.

Sandsynligheden for at have benyttet de forskellige behandlingsmuligheder er i det store hele uafhængig af længden på sygdommeldingen. Det er kun for fysioterapi, at der ses en tendens til, at personer i længere sager i højere grad har været i behandling.

Til gengæld er der stor forskel på brugen af behandlingsmulighederne, som er afhængige af diagnosen. De praktiserende læger har dog, som nævnt ovenfor, været brugt af stort set alle sygemeldte i 2006, og der er derfor ingen signifikante forskelle i brugen af egen læge, afhængig af diagnose. Ellers er de mest tydelige forskelle, at en overvægt af personer med bevægeapparatdiagnoser har været i behandling hos praktiserende speciallæger, men der er dog også en betydelig andel af personer med psykiske og øvrige diagnoser, der har været hos speciallæge. Der ses en tydelig overvægt af sygemeldte med diagnoser i kategorien ”andet”, som har været i behandling på sygehusene. Dette skyldes formentlig, at denne kategori indeholder en række mere alvorlige lidelser, som fx kræft og hjerte-/karsygdomme, som typisk vil føre til indlæggelse. Til gengæld er der kun meget få sygemeldte med psykiske diagnoser, som har været indlagt på sygehus.

ANTAL KONTAKTER UNDER SYGEMELDINGEN

Ud over andelen af sygemeldte, som har været i kontakt med forskellige dele af sundhedssystemet, som blev beskrevet i tabel 7.1, har vi også set på det gennemsnitlige antal kontakter for hver sygdommelding. Dette gennemsnitlige antal er gengivet i tabel 7.2 fordelt efter sygdommeldingens varighed i uger.

Tabel 7.2 viser ikke overraskende, at der generelt er flere kontakter til sundhedssystemet, jo længere sygdommeldingen varer. Denne tendens er i 2006 mest udpræget for besøg hos egen læge og hos fysioterapeut og mindst udpræget for antal sygehusindlæggelser.

Vi har undersøgt, om der er sket en ændring i antallet af kontakter fra 2002 til 2006 i en regressionsmodel, hvor der tages hensyn til sygemeldingens varighed og diagnose. Denne regressionsmodel viser, at der er sket en signifikant stigning i antallet af besøg hos egen læge og besøg på sygehuse. Til gengæld er der sket et svagt fald i antal speciallægebesøg, når der kontrolleres for diagnose og sygemeldingens varighed.

TABEL 7.2

Gennemsnitligt antal kontakter til forskellige dele af sundheds-systemet i 2002 og 2006, fordelt på sygemeldingens varighed.

	Antal lægebesøg		Antal speciallægebesøg		Antal fysioterapeut- besøg		Antal sygehus- indlæggelser	
	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006
Alle	4,3	5,0	5,4	5,6	14,7	15,0	1,5	1,7
Varig- hed								
8-13								
uger	3,5	3,8	4,5	4,6	12,9	10,6	1,4	1,5
14-26								
uger	4,4	5,1	6,2	5,8	15,2	15,6	1,5	1,8
27-39								
uger	5,9	6,5	5,3	6,4	17,1	15,1	1,8	1,7
40+								
uger	5,6	7,9	5,3	5,8	15,7	24,4	2,4	2,0
Antal	751	628	536	415	338	223	466	333

Anm.: Tabellen angiver gennemsnitligt antal kontakter for de sager, der har haft mindst én kontakt.

VENTETID I BEHANDLINGSSYSTEMET

Ventetider i sygehusvæsenet og hos praktiserende speciallæger påkalder sig ofte opmærksomhed i den offentlige debat på baggrund af de helbredsmæssige, personlige og samfundsøkonomiske omkostninger, der kan være forbundet med lange ventetider til behandling. Også i forbindelse med sygedagpengesagerne har der været betydeligt fokus på ventetider i behandlingssystemet, fordi ventetider i mange tilfælde vil føre til længere sagsvarighed og dermed direkte modarbejde

sygedagpengelovgivningens hovedmålsætning omkring tilbagevenden til beskæftigelse.

Vi har i undersøgelsen forsøgt at afklare omfanget af ventetider for de sygemeldte ved at spørge de sygemeldte selv, om de oplevede ventetider i forbindelse med behandling eller undersøgelse hos speciallæge, fysioterapeut eller på sygehus. Tabel 7.3 viser gennemsnittet af de sygemeldtes egne angivelser af ventetid til speciallæge, fysioterapi og sygehus i uger fordelt efter sygemeldingens varighed.

TABEL 7.3

Gennemsnitlig samlet ventetid i uger i 2002 og 2006, fordelt på sygemeldingens varighed.

	Speciallæge		Fysioterapi		Sygehus	
	2002	2006	2002	2006	2002	2006
Alle	3,8	4,2	0,6	1,3	4,1	3,4
Varighed						
8-13 uger	3,9	2,6	0,4	0,7	4,5	3,2
14-26 uger	3,8	5,2	0,9	1,5	4,5	3,2
27-39 uger	3,7	4,1	0,6	1,5	2,6	4,8
40+ uger	3,6	5,1	0,7	1,7	1,8	2,9
Antal	542	420	362	248	455	327

Anm.: Kun personer, der har benyttet de pågældende behandlinger. Sager uden ventetid indgår med værdien 0.

Som det fremgår af tabel 7.3, er det almindeligt at vente op mod 1 måned på behandling eller undersøgelse ved speciallæge såvel som sygehus, mens der er noget kortere ventetid til fysioterapi. Vi har undersøgt, om der er sket et fald eller en stigning i ventetiderne fra 2002 til 2006 i en regressionsmodel, hvor der kontrolleres for diagnose og sygemeldingens varighed.¹⁸ Disse regressioner viser, at der er sket en signifikant gennemsnitlig stigning i ventetiden til speciallæge og fysioterapi, mens der er sket et fald i ventetiden til sygehuse.

For speciallæger og fysioterapi viser den samme regressionsmodel, at der generelt opleves længere ventetid, jo længere varighed sygemeldingen har. Dette kan formentlig forklares med, at de lange

18. Der er anvendt en multi-level poisson regression.

sygemeldinger generelt har flere besøg hos speciallæge og fysioterapeut, og at den samlede oplevede ventetid derfor summer op i løbet af sygemeldingen. Det omvendte gør sig imidlertid gældende for ventetiden til indlæggelse på sygehuse. Her opleves der generelt kortere samlet ventetid i de lange sager end i de korte, hvilket kan skyldes, at sygehusindlæggelser typisk strækker sig over en længere sammenhængende periode i stedet for individuelt organiserede konsultationer, og at de lidelser, der medfører lange sygefraværperioder, i større grad er forbundet med akut indlæggelse.

Samlet set er de gennemsnitlige ventetider dog ikke voldsomme, når de sammenholdes med sygeperiodernes varighed. For de lange sagers vedkommende udgør ventetiden kun en ganske lille andel på omkring en tiendedel af den samlede varighed. I de korte sager udgør ventetid til speciallæge og sygehus dog op mod en tredjedel af den samlede sygemeldings varighed. Det er derfor muligt, at de korte sager kunne forkortes yderligere, hvis disse ventetider kunne nedbringes.

BRUG AF ANDRE BEHANDLINGSFORMER

Ud over de muligheder for undersøgelse og behandling i sundhedssystemet, som er skitseret ovenfor, eksisterer der en række andre behandlingstilbud. Disse behandlingsmuligheder spænder vidt fra etablerede behandlere som psykologer og kiropaktorer til mere alternative behandlingsformer. Vi har i 2006 suppleret spørgeskemaet til de sygemeldte med en række spørgsmål omkring deres brug af en bredere vifte af behandlingsmuligheder under sygemeldingen.

I tabel 7.4 er gengivet de behandlingsformer, vi har spurgt til, og andelen af sygemeldte, som har brugt de forskellige behandlingsmuligheder.

Som det fremgår af tabel 7.4, er en stor andel af de sygemeldte (42 pct.), begyndt at dyrke gymnastik, motion eller muskeltræning under sygemeldingen. 22 pct. af de sygemeldte har været til psykolog, og 12 pct. har været til kiropaktor. Akupunktør, zoneterapeut og andre former for behandling har kun været benyttet af en mindre del af de sygemeldte.

TABEL 7.4

Andel af sygemeldte, som har benyttet forskellige former for behandling, 2006. Procent.

	Ja	Nej	I alt	Antal
Kiropraktor	12	88	100	785
Akupunktør	8	92	100	784
Zoneterapeut	5	95	100	785
Psykolog	22	78	100	785
Begyndte på gymnastik, motion eller muskeltræning	42	58	100	783
Alternative behandlere, fx homøopat, kinesiolog eller healer	8	92	100	784

TABEL 7.5

Hvem tog først og fremmest initiativ til, at den sygemeldte kom til forskellige former for behandling?

	Kiro- praktor	Aku- punktør	Zone- terapeut	Psykolog	Begyndte på gymnastik, motion eller muskeltræning	Andre former for behand- ling
Egen læge	25	27	10	29	21	2
Den syge- meldte selv	60	65	82	43	51	85
Arbejdsgiver	2	0	2	12	1	2
Kolleger	2	0	0	1	0	2
Familie eller venner	1	3	1	2	2	7
Kommunen	5	3	0	4	8	0
Andet	4	2	5	10	17	3
I alt	99	100	100	101	100	101
Antal	91	64	46	169	321	63

Hvis vi ser på, hvem der tog initiativet til, at den sygemeldte påbegyndte de forskellige former for behandling, jf. tabel 7.5, er det i langt overvejende grad den sygemeldte selv. Egen læge spiller dog en betydelig rolle i at få de sygemeldte til kiropraktor, akupunktør, psykolog, gymnastik, motion eller muskeltræning. Mellem 25 og 30 pct. af de sygemeldte, der har brugt disse behandlingsformer, angiver således, at de har gjort det primært på deres egen læges initiativ. 12 pct. af de sygemeldte, der var til psykolog, anfører, at dette primært skete på deres arbejdsgivers initiativ. Ud over dette spiller arbejdsgivere, familie, venner,

kolleger eller de kommunale sagsbehandlere kun en meget begrænset rolle i forhold til at tage initiativ til at få de sygemeldte til at bruge de anførte behandlingsmuligheder.

DEN SYGEMELDTES KONTAKT TIL ARBEJDSGIVEREN

I forbindelse med ændringen i sygedagpengeloven har det været en målsætning at fremme kontakten mellem den sygemeldte og vedkommendes arbejdsgiver i sygeperioden bl.a. ved at fastlægge, at kommunernes opfølgningsindsats skal søge at fremme kontakten mellem den sygemeldte og arbejdsgiveren. Samtidig viste den kvalitative undersøgelse (Damgaard & Boll, 2007), at arbejdsgiverne generelt lægger stor vægt på at opretholde kontakt til de sygemeldte medarbejdere bl.a. for at kunne forberede tilbagevenden, og at dette fokus på løbende kontakt formentlig er øget gennem de seneste år.

Kontakten mellem den sygemeldte og arbejdsgiveren kan komme i stand på forskellige foranledninger. I vores interview med sagsbehandlere, læger og arbejdsgivere var det overordnede indtryk, at den sygemeldte selv og dennes arbejdsgiver i størstedelen af sagerne selv tog initiativ til at holde kontakt, mens læger og sagsbehandlere i en del sager opfordrede den sygemeldte til at kontakte arbejdsgiveren, hvis de kunne se, at der ikke allerede var kontakt. Vi har derfor spurgt de sygemeldte, om de i løbet af sygemeldingen blev opfordret af andre til at kontakte arbejdsgiveren. Svarene fra dette spørgsmål er gengivet i tabel 7.6.

TABEL 7.6

Var der nogen, som opfordrede dig til at kontakte arbejdsgiveren, mens du var sygemeldt? Procent.

	Procent
Egen læge	5
Kolleger	2
Familie/venner	5
Kommunen	3
Andre	3
Nej	82
I alt	100
Antal	709

Tabel 7.6 illustrerer, at det kun er en begrænset andel af sagerne (18 pct.), hvor den sygemeldte er blevet opfordret til at kontakte arbejdsgiveren. I de sager, hvor det er tilfældet, er det overvejende den sygemeldtes læge eller familie og venner, der står bag opfordringen. Det kan måske virke overraskende, at særligt kommunerne ikke spiller en større rolle i forhold til at opfordre de sygemeldte til at kontakte arbejdsgiveren, men som vi skal se senere, er der faktisk kontakt i langt størstedelen af sagerne, og denne kontakt kommer typisk i stand på den sygemeldtes eget eller arbejdsgiverens initiativ. Det er derfor formentlig kun i en lille del af sagerne, hvor det er relevant for kommunerne at gå ind og opfordre direkte til kontakt, fordi kontakten allerede vil være etableret på det tidspunkt, hvor kommunen afholder første opfølgningssamtale. Sagsbehandlere i den kvalitative undersøgelse påpegede endvidere, at en del af de sager, hvor den sygemeldte ikke selv holder kontakt til arbejdsgiveren, er sager, hvor der er et konfliktfyldt forhold mellem sygemeldte og arbejdsgiver, og at det typisk i disse sager er meget svært at genoprette kontakten (Damgaard & Boll, 2007).

ANDEL SAGER MED ARBEJDSGIVERKONTAKT

Tabel 7.7 angiver andelen af lønmodtagere, som selv anfører, at de har været i kontakt med arbejdsgiveren under sygemeldingen, fordelt på telefonisk kontakt og møde.

TABEL 7.7

Andel af sygemeldte, som i 2006 havde telefonisk kontakt henholdsvis møde med arbejdsgiver under sygemelding, fordelt efter antal kontakter. Procent.

Antal kontakter	Telefonisk kontakt	Møde
Ingen	20	57
1	5	14
2	11	11
3	12	5
4	10	4
5 eller flere	42	9
I alt	100	100
Antal	706	712

Anm.: Telefonisk kontakt er ud over den kontakt, der var ved selve sygemeldingen.

Som det fremgår af tabel 7.7, har 80 pct. af de sygemeldte været i telefonisk kontakt med arbejdsgiveren (ud over den kontakt, der var i forbindelse med selve sygemeldingen). Det er også iøjnefaldende, at hele 42 pct. af de sygemeldte har været i kontakt med arbejdsgiveren mindst fem gange i sygeforløbet. Et møde mellem den sygemeldte og arbejdsgiveren har været afholdt i 43 pct. af sagerne, og der er også en betydelig andel af sager med flere end et møde.

TABEL 7.8

Hvem tog initiativ til første telefoniske kontakt eller møde mellem sygemeldt og arbejdsgiver? 2006. Procent.

	Telefonisk	Møde
Den sygemeldte	65	47
Arbejdsgiver	35	47
Kolleger	-	0
Familie/venner	-	0
Kommunen	-	2
Fagforening	-	1
Andet	-	3
Alle	100	100
Antal	542	304

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. – angiver, at denne svarmulighed ikke fandtes for telefonisk kontakt.

I tabel 7.8 har vi set på lønmodtagernes opfattelse af, hvem der primært tog initiativ til den første telefoniske kontakt henholdsvis møde mellem sygemeldt og arbejdsgiver. Som det fremgår af tabel 7.8, er det den sygemeldte, der først ringer til arbejdsgiveren i ca. to tredjedele af sagerne. Med hensyn til at arrangere møde er fordelingen nærmest 50/50 mellem sygemeldte og arbejdsgiver. Det er her værd at bemærke, at såvel fagforening som kommunen kun tager initiativ til en forsvindende lille del af de afholdte møder. Dette kan måske undre, da der har været ganske stort fokus på værdien af rundbordssamtaler fra disses side. En forklaring kan dog være, at vi har spurgt eksplicit til det første afholdte møde, og at der således kan være afholdt flere møder mellem sygemeldte og arbejdsgiver, og at det først er de senere møder, der er egentlige rundbordssamtaler, som evt. kommer i stand på kommunens eller

fagforeningens initiativ. En anden mulig forklaring er naturligvis, at kommuner og fagforeninger rent faktisk kun spiller en begrænset rolle i forhold til at arrangere rundbordssamtalerne.

Vi har også spurgt de sygemeldte om deres oplevelse af, hvad der bliver talt om ved samtaler og møder mellem sygemeldt og arbejdsgiver i sygeperioden. Vi bad de sygemeldte tage stilling til en række konkrete udsagn om emner, der kunne tænkes at indgå i disse samtaler. Andelen af sager, hvor disse emner har været drøftet, er angivet i tabel 7.9.

TABEL 7.9

Hvad blev der talt om ved samtaler mellem sygemeldt og arbejdsgiver? 2006. Procent.

	Ja	Nej	Havde ikke kontakt/ ved ikke	I alt	Antal
Fortalte du, hvornår du regnede med at kunne arbejde igen?	52	23	25	100	795
Fortalte du om dine helbredsproblemer?	74	2	24	100	795
Fortalte du om den medicinske/lægelige behandling af dine helbredsproblemer?	68	8	24	100	795
Fortalte arbejdsgiveren, hvordan det gik på virksomheden?	46	29	25	100	795
Fortalte arbejdsgiveren, at han/hun håbede, du snart blev rask?	65	10	25	100	795
Talte I om mulighederne for, at du kunne begynde at arbejde på mere skånsomme vilkår i en periode?	45	31	24	100	795
Talte I om mulighederne for, at du kunne få et andet job på virksomheden?	16	61	24	101	795
Spurgte arbejdsgiveren dig til råds om, hvordan arbejdspladsen skulle løse nogle af dine arbejdsopgaver, mens du var sygemeldt?	22	54	24	100	795
Fortalte arbejdsgiveren, at han/hun kunne blive nødt til at afskedige dig, hvis du ikke snart kom i arbejde igen?	11	65	24	100	795

Som det fremgår af tabel 7.9, er den sygemeldtes orientering af arbejdsgiveren om helbredsproblemer og behandling de emner, der hyppigst forekommer i samtalerne. Endvidere oplever de sygemeldte i en stor del af sagerne, at arbejdsgiveren fortæller at han/hun håber den

sygemeldte snart bliver rask. Disse emner indgår i stort set alle de sygeforløb, hvor der har fundet samtaler sted.

Muligheden for at kunne begynde at arbejde på mere skånsomme vilkår blev diskuteret i næsten halvdelen af sagerne, hvilket formentlig også skal ses i lyset af den stadig stigende brug af mulighederne for delvis raskmelding. Mulighederne for omplacering til andet arbejde blev diskuteret væsentligt sjældnere (16 pct. af sagerne), hvilket formentlig er naturligt nok, al den stund egentlig omplacering til andet arbejde typisk vil være et mere omfattende og mere permanent tiltag end skånsomme vilkår i en periode.

22 pct. af de sygemeldte oplever, at arbejdsgiveren konfererer med dem om løsning af arbejdsopgaver under sygemeldingen, og 11 pct. oplever, at arbejdsgiveren nævner afskedigelse som en mulig konsekvens af fortsat sygefravær.

IVÆRKSATTE TILTAG FRA ARBEJDSGIVERSIDE

Som det sidste element i vores analyse af forholdet mellem den sygemeldte og arbejdsgiveren har vi set på konkrete tiltag, som de sygemeldte oplever, at arbejdsgiveren har iværksat for at hjælpe dem med tilbagevenden til arbejdspladsen.

Tabel 7.10 oplister fire sådanne tiltag sammen med andelen af sygemeldte, som oplever, at tiltaget er henholdsvis tilbudt og iværksat, tilbudt, men ikke iværksat eller ikke tilbudt.

Et andet job på virksomheden er i 2006 tilbudt i 20 pct. af sagerne og iværksat i 10 pct. af sagerne. Begge tal er en fordobling i forhold til 2002. Når vi spørger specifikt til et nyt job, hvor der ikke kræves en fuld arbejdsindsats, får vi kun ganske lidt lavere tal, hvilket tyder på, at langt størstedelen af de omplaceringer, der foregår i forbindelse med tilbagevenden fra sygefravær, er en form for skånejob. Vi ved imidlertid ikke, om disse skånehensyn er permanente eller midlertidige. En del af de sygemeldte, der tilbydes et andet job på virksomheden, kan jo godt tænkes at returnere til deres oprindelige funktion på et senere tidspunkt.

Nedsat arbejdstid er det mest almindelige tilbud, som i 2006 er tilbudt i en tredjedel af sagerne og iværksat i 22 pct. af sagerne. Særlig

indretning eller tilpasning af arbejdspladsen er gennemført i 8 pct. af sagerne, og denne andel er den samme i 2002 og 2006.

TABEL 7.10

Andel af sygemeldte, hvor arbejdsgiveren i 2002 og 2006 har tilbudt forskellige initiativer for at lette tilbagevenden. Procent.

	Tilbudt og iværksat	Tilbudt, men ikke iværksat	Ikke tilbudt	I alt	Antal
Et andet job på virksomheden					
2002	5	5	89	99	867
2006	10	10	80	100	699
Nedsat arbejdstid					
2002	19	10	71	100	867
2006	22	11	67	100	709
Særlig indretning eller tilpasning af arbejdsplads					
2002	8	3	89	100	865
2006	8	4	87	99	704
Et nyt job, hvor der ikke kræves en fuld arbejdsindsats					
2002	5	5	90	100	865
2006	8	8	84	100	699

Anm. Tabellen bygger på vægtede data. * angiver, at andelen i 2006 er signifikant forskellig fra 2002.

KONKLUSION

En ganske betydelig andel af de sygemeldte har kontakt til arbejdsgiveren under sygemeldingen. 80 pct. har været i telefonisk kontakt, og over halvdelen har været til møde. Der er ligeledes i mange sager et ganske stort antal kontakter under sygemeldingen.

De emner, der typisk drøftes, er først og fremmest, at den sygemeldte orienterer arbejdsgiveren om helbred og behandling, og hvornår man forventer at kunne arbejde igen. I ca. en femtedel af sagerne har arbejdsgiveren spurgt den sygemeldte til råd om løsningen af forskellige arbejdsopgaver, og i en ud af 10 sager har arbejdsgiveren meddelt, at firing kunne blive nødvendig, hvis den sygemeldte ikke snart kom i arbejde igen.

Analysen viser også, at det stort set udelukkende er den sygemeldte selv og arbejdsgiveren, der organiserer kontakten. Det er kun få sygemeldte, som oplever, at de er blevet opfordret til at kontakte arbejdsgiveren, eller at andre, såsom kolleger, familie, fagforening eller kommunen har taget initiativ til at arrangere et møde.

Blandt sygedagpengemodtagerne i 2006 har 9 ud af 10 været til egen læge i forbindelse med sygefraværet og har i gennemsnit haft fem besøg hos lægen i sygeperioden. Egen læge er derfor ikke overraskende langt den hyppigst benyttede del af sundhedssystemet blandt sygedagpengemodtagerne, og brugen af egen læge er steget en smule siden 2002. En stor andel af de sygemeldte har dog også været hos speciallæge (57 pct.) eller været indlagt på sygehus (40 pct.).

Den samlede ventetid til såvel speciallæge som sygehus udgør i gennemsnit 3 til 4 uger i de undersøgte sygeforløb, mens der kun opleves kort ventetid til fysioterapi. Det er således kun i de korteste sager, at ventetid udgør en væsentlig andel af den samlede varighed af sygemeldingen.

DE SYGEMELDTES VURDERING AF SYGEMELDINGENS FORLØB

Med lovændringerne 1. juli 2005 er der for alvor lagt vægt på kommunernes og arbejdsgivernes fælles indsats for at få sygemeldte hurtigt tilbage på arbejdsmarkedet. Mange af de ændringer, som den nye lovgivning har medført for kommunerne og for samarbejdet mellem kommunerne og virksomhederne, har vi beskrevet i de foregående kapitler. I dette kapitel vil vi sammenligne sygemeldtes vurdering af henholdsvis kommunernes og arbejdsgivernes indsats før og efter lovændringerne trådte i kraft for derved at kunne belyse, om de sygemeldtes vurderinger af indsatsen har ændret sig. Endvidere vil vi beskrive sygemeldtes vurdering af forhold med betydning for, om de kan vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Analyserne i kapitlet bygger på oplysninger fra en spørgeskemaundersøgelse blandt tidligere sygemeldte, som har afsluttet deres sager i perioden august 2001 til februar 2002 eller januar til juli 2006.

VURDERING AF KOMMUNERNES INDSATS

De sygemeldte er i store træk positive over for kommunernes indsats, Det gør sig gældende for de sygemeldte, som afsluttede deres sag både før og efter lovændringerne trådte i kraft. Der er imidlertid mange af de medvirkende sygemeldte, som har svaret, at spørgsmålene omkring

kommunernes indsats ikke er relevante for dem at svare på. Det kan bl.a. skyldes, at deres sygedagpengesag har været så kort, at de slet ikke eller kun i begrænset omfang har været i kontakt med kommunen. Andelen, som har svaret, at spørgsmålene ikke er relevante for dem at svare på, varierer mellem en tredjedel og to tredjedele.¹⁹ I de efterfølgende beskrivelser af sygemeldtes vurderinger af kommunerne, tager vi udgangspunkt i de sygemeldte, som rent faktisk har vurderet kommunernes indsats.

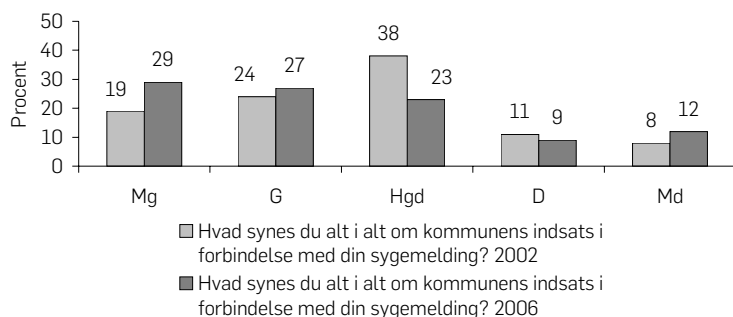
Vi har bedt de sygemeldte vurdere kommunernes samlede indsats og derudover vurdere en række mere specifikke parametre. Kigger vi først på de sygemeldtes vurdering af kommunens samlede indsats, ser vi i figur 8.1, at der umiddelbart er signifikant forskel mellem sygemeldtes vurdering i 2002 og i 2006. De sygemeldte er lidt mere tilfredse med kommunens indsats i 2006 sammenlignet med i 2002.

Grunden til, at vi umiddelbart finder, at de sygemeldte er mere tilfredse med kommunernes indsats efter reformen trådte i kraft, er, at de sygemeldtes sammensætning er ændret mellem 2002 og 2006. Sammenligner vi de sygemeldte i 2002 med de sygemeldte i 2006, afviger de fra hinanden på en række faktorer såsom køn, alder, erhvervs erfaring mv. Holder vi disse faktorer konstante, således at vi sammenligner sygemeldte med samme køn, alder, erhvervs erfaring osv., viser vores analyser, at der ikke er signifikant forskel på de sygemeldtes vurdering af kommunens samlede indsats i 2002 og 2006. De sygemeldte er derfor hverken mere positive eller negative i deres vurdering af kommunens indsats efter reformen.

19. Andelen, som har svaret, at spørgsmålene ikke er relevante, er væsentlig større i 2002 end i 2006, hvilket kan hænge sammen med, at der ikke var krav om opfølgningssamtale i 2002. Der med var der mindre personlig kontakt mellem den sygemeldte og kommunen i 2002 og i 2006.

FIGUR 8.1

Sygemeldtes vurdering af kommunens samlede indsats, særskilt for 2002 og 2006. Procent



Anm.: Figuren bygger på vægtede data. Kategorimærkater: Mg: Meget god, G: God, Hgd: Hverken god eller dårlig, D: Dårlig, Md: Meget dårlig. Multi-level signifikantstest uden kontrol for tredje variable viser, at der er signifikant forskel mellem 2002 og 2006 ($p < 0,05$). Multi-level signifikantstest med kontrol for samlivsstatus, køn, alder, uddannelse, erhvervs erfaring, status som lønmodtager eller ledig ved sygemelding, status som lønmodtager eller andet ved raskmelding og varighed af sygemelding viser, at der ikke er signifikant forskel mellem 2002 og 2006 ($p < 0,05$).

I tabel 8.1 ser vi de sygemeldtes vurderinger af kommunens indsats på en række mere specifikke parametre. Og vi kan her se, at der i udgangspunktet ikke er nogen forskel på de sygemeldtes vurderinger af kommunen i 2002 og 2006.

Helt overordnet viser tabel 8.1, at flertallet af de sygemeldte har en positiv vurdering af kommunens indsats. Det gælder i forhold til påstandene om, at kommunens sagsbehandler ikke lyttede ordentligt til den sygemeldte, at den sygemeldte havde indflydelse på, hvad der skete i hans/hendes sag, og at kommunen i højere grad kontrollerede den sygemeldte frem for at hjælpe ham/hende. I både 2002 og 2006 erklærede omkring 60-70 pct. af de sygemeldte, at de er helt uenige eller delvis uenige i påstanden om, at kommunens sagsbehandler ikke lyttede ordentligt til dem. Tilsvarende i både 2002 og 2006 erklærede omkring 65 pct. af de sygemeldte, at de er helt enige eller delvist enige i påstanden om, at de havde stor indflydelse på, hvad der skete i deres sager. Endelig erklærede omkring 65-70 pct. af de sygemeldte i både 2002 og 2006 sig helt uenige eller delvist uenige i påstanden om, at kommunen i højere grad har kontrolleret dem i stedet for at hjælpe dem.

TABEL 8.1

Sygemeldtes vurdering af kommunernes indsats, særskilt for 2002 og 2006. Procent.

		Helt enig	Delvist enig	Delvist uenig	Helt uenig	Total	N ¹	Ikke relevant ²
Kommunen har virkelig hjulpet mig til at komme videre	2002	32	17	13	38	100	354	575
	2006	27	23	11	39	100	483	286
Kommunens sagsbehandler lyttede ikke ordentlig til mig	2002	23	14	9	54	100	359	567
	2006	17	11	11	61	100	500	259
Jeg havde stor indflydelse på, hvad der skete i min sag	2002	47	17	10	26	100	350	569
	2006	43	22	11	24	100	515	241
Kommunen har mere kontrolleret mig i stedet for at hjælpe mig	2002	23	12	13	52	100	352	562
	2006	19	12	12	57	100	518	240
Kommunen forsøgte at presse mig til at begynde at arbejde, før jeg var rask nok	2002	-	-	-	-	-	-	-
	2006	12	9	6	73	100	535	230
Jeg blev godt informeret om kommunens beslutninger i min sag	2002	-	-	-	-	-	-	-
	2006	50	19	8	23	100	513	249
Kommunen burde have kontaktet min arbejdsgiver	2002	-	-	-	-	-	-	-
	2006	18	10	7	65	100	371	361
Kommunen burde have tilbudt mig at blive revalideret	2002	-	-	-	-	-	-	-
	2006	13	6	5	76	100	436	321

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Multi-level signifikanstest uden kontrol for tredje variable viser, at der ikke er signifikant forskel mellem 2002 og 2006 ($p < 0,05$). Multi-level signifikanstest med kontrol for samlivsstatus, køn, alder, uddannelse, erhvervs erfaring, status som lønmodtager eller ledig ved sygemelding, status som lønmodtager eller andet ved raskmelding og varighed af sygemelding viser, at der er signifikant forskel mellem 2002 og 2006 på faktorerne "Kommunen har virkelig hjulpet mig til at komme videre" og "Jeg havde stor indflydelse på, hvad der skete i min sag" ($p < 0,05$).

1. Procentgrundlag,

2. Antal sygemeldte, som har svaret "ikke behov/ikke relevant" til hvert af de otte spørgsmål.

Den eneste påstand, de sygemeldte er rigtigt delte på, er påstanden om, at kommunen virkelig har hjulpet den sygemeldte til at komme videre. Både i 2002 og i 2006 er der omkring 50 pct., som har vurderet, at de er helt enige eller delvist enige i udsagnet, og omkring 50 pct. som har vurderet, at de er helt uenige eller delvist uenige.

En signifikanstest af den umiddelbare sammenhæng mellem de fire nævnte vurderinger og år viser, at der ikke er forskel på de sygemeldtes vurderinger i 2002 og 2006. Når vi holder baggrundsfaktorer såsom køn, alder, erhvervserfaring osv. konstante og dermed sammenligner sygemeldte med samme køn, alder og erhvervserfaring, viser der sig imidlertid at være to signifikante forskelle.

For det første finder vi, at de sygemeldte i 2006 sammenlignet med i 2002 er mindre enige i påstanden om, at de havde stor indflydelse på, hvad der skete i deres sager. I 2002 erklærede 47 pct. sig helt enige i påstanden, mens 17 pct. erklærede sig delvist enige. Omvendt i 2006 erklærede 43 pct. sig helt enige i påstanden, mens 22 pct. erklærede sig delvist enige heri. For det andet finder vi, at de sygemeldte i 2006 sammenlignet med i 2002 er lidt mindre enige i, at kommunen virkelig har hjulpet dem til at komme videre. I 2002 vurderede 32 pct., at de var helt enige i, at kommunen virkelig havde hjulpet dem til at komme videre, mens 17 pct. erklærede sig delvist enige heri. I 2006 vurderede blot 27 pct., at de var helt enige i påstanden, og 23 pct. vurderede, at de var delvist enige heri. Der er med andre ord tale om to mindre ændringer i de sygemeldtes vurderinger af kommunen fra 2002 til 2006.

Det kan umiddelbart være svært at finde grunden til, at sygemeldte efter lovændringerne trådte i kraft er blevet lidt mere negative i deres vurderinger af kommunens indsats. En mulighed er, at de sygemeldte oplever, at kommunerne er mere mekaniske og konsekvente i deres behandling af sager. Fx kan de sygemeldte opleve kommunens indsats som meget konsekvent, når det er påkrævet af de sygemeldte, at de skal udfylde et oplysningsskema og returnere det til kommunen inden 8 dage, for at de kan være dagpengeberettigede. Og de sygemeldte kan opleve kommunen som meget mekanisk, når de sygemeldte skal kategoriseres til en af tre kategorier og dernæst får en bestemt behandling alt efter, hvilken kategori de er kommet i.

Ud over at vi har bedt de sygemeldte om ovenstående vurderinger af kommunens indsats, har vi i 2006 spurgt de sygemeldte om deres vurdering af kommunernes indsats i forhold til yderligere fire

forhold. For det første har vi spurgt om de sygemeldtes vurdering af påstanden: ”Kommunen forsøgte at presse mig til at begynde at arbejde, før jeg var rask nok”. Til dette spørgsmål har størstedelen af de sygemeldte vurderet, at kommunen ikke har været for indgribende. Hele 73 pct. har erklæret sig helt uenige i påstanden. Omvendt har kun 12 pct. erklæret sig helt enige i påstanden.

For det andet har vi spurgt til de sygemeldtes vurdering af påstanden: ”Jeg blev godt informeret om kommunens beslutninger i min sag”. Hertil har flertallet af de sygemeldte vurderet, at kommunen har holdt dem velorienteret omkring deres sag. Omkring 50 pct. har erklæret sig helt enige i påstanden og 19 pct. delvist enige. Resten har svaret delvist uenig eller helt uenig.

For det tredje har vi bedt de sygemeldte vurdere påstanden: ”Kommunen burde have kontaktet min arbejdsgiver”. I forhold til denne påstand har flertallet af de sygemeldte vurderet, at kommunen har handlet korrekt. Henholdsvis 65 pct. og 7 pct. har erklæret sig helt uenige og delvist uenige. Resten har enten erklæret sig helt enig eller delvist enig i, at kommunen burde have kontaktet arbejdsgiveren.²⁰ Selv om flertallet ikke synes, at kommunen burde have kontaktet deres arbejdsgiver, giver de 28 pct., som er helt enige eller delvist enige i påstanden, en indikation af, at kommunerne med fordel kan være mere aktive i forhold til arbejdsgiverne.

For det fjerde har vi spurgt til de sygemeldtes vurdering af påstanden: ”Kommunen burde have tilbudt mig at blive revalideret”. Hertil har langt størstedelen af de sygemeldte igen vurderet, at kommunen har handlet korrekt. Omkring 76 pct. har svaret helt uenig og 5 pct. har svaret delvist uenig. Resten har svaret enten helt enig eller delvist enig.²¹

20. Dette spørgsmål henvender sig særligt til de sygemeldte lønmodtagere, i hvis sager kommunen ikke har kontaktet arbejdsgiveren under sygemeldingen. De sygemeldte, som spørgsmålet ikke er relevant for, har haft mulighed for at svare, at spørgsmålet ikke er relevant. Der er imidlertid personer, som har svaret på spørgsmålet på trods af, at spørgsmålet ikke er relevant for dem. Fjerner vi de ledige og de, som i øvrigt ikke var lønmodtagere på sygemeldingstidspunktet, og de, hvis kommune har kontaktet arbejdsgiveren under sygemeldingen, forbliver resultatet uændret.

21. Dette spørgsmål henvender sig særligt til de sygemeldte, som ikke er blevet tilbudt revalidering. De sygemeldte, som er blevet tilbudt revalidering, har haft mulighed for at svare, at spørgsmålet ikke er relevant. Der er imidlertid personer, som har svaret på spørgsmålet på trods af, at spørgsmålet ikke er relevant for dem. Fjerner vi dem, som har modtaget revalidering, forbliver resultatet uændret.

Vores analyser viser altså, at de sygemeldte i store træk er positive i deres vurderinger af kommunens indsats. Desuden viser vores analyser, at der ikke har været en markant udvikling mellem 2002 og 2006. Dog er de sygemeldte i 2006 sammenlignet med i 2002 lidt mindre positive i deres vurdering af, om kommunen virkelig har hjulpet dem til at komme videre, og om de havde stor indflydelse på, hvad der skete i deres sag.

VURDERING AF ARBEJDSGIVERNES INDSATS

De sygemeldte har både i 2002 og i 2006 en meget positiv vurdering af arbejdsgiverens indsats. Og vores analyser viser, at der i store træk ikke er forskel på vurderingerne i 2002 og 2006.

Vi har bedt de sygemeldte vurdere arbejdsgiverens indsats i forhold til tre faktorer: 1) Om arbejdsgiveren forsøgte at presse den sygemeldte til at sige op. 2) Om arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne, for at det skulle blive muligt for den sygemeldte at vende tilbage. 3) Om arbejdsgiveren forsøgte at presse den sygemeldte til at begynde at arbejde, før han/hun var rask nok. I tabel 8.2 ser vi de sygemeldtes vurderinger af arbejdsgiverens indsats.

Til påstanden om, at arbejdsgiveren forsøgte at presse den sygemeldte til at sige op, erklærede hele 92 pct. af de sygemeldte i både 2002 og 2006, at de enten er helt uenige eller delvist uenige – og langt størstedelen er helt uenige. I tabel 8.2 ser vi også, at 70-75 pct. af de sygemeldte i både 2002 og 2006 erklærede sig helt enige eller delvist enige i påstanden om, at arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne, for at det skulle blive muligt for den sygemeldte at vende tilbage til arbejdspladsen. Endelig kan vi se, at 85-90 pct. af de sygemeldte i både 2002 og 2006 erklærede sig helt uenige eller delvist uenige i påstanden om, at arbejdsgiveren forsøgte at presse den sygemeldte til at begynde at arbejde, før han/hun var rask nok.

En signifikanttest af den umiddelbare sammenhæng mellem vurderinger og år viser, at der ikke er forskel på de sygemeldtes vurderinger af de tre påstande i 2002 og 2006. Når vi inddrager baggrundsfaktorerne køn, alder, erhvervs erfaring mv. og variable for, om de sygemeldte er blevet afskediget undervejs i sygemeldingsperioden, og om de er kommet tilbage i job efter endt sygemelding, viser der sig en

enkelt signifikant forskel. I 2006 er de sygemeldte mindre enige i påstanden om, at arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne, for at det skulle blive muligt for den sygemeldte at vende tilbage til arbejdet, end de var i 2002. I 2002 erklærede 64 pct. sig helt enige i påstanden, og 11 pct. erklærede sig delvist enige. Omvendt erklærede 58 pct. sig helt enige i påstanden i 2006, mens 14 pct. erklærede sig delvist enige heri.

TABEL 8.2

Sygemeldtes vurdering af arbejdsgivernes indsats, særskilt for 2002 og 2006. Procent.

		Helt enig	Delvist enig	Delvist uenig	Helt uenig	Total	N
Arbejdsgiveren forsøgte at presse mig til selv at sige op	2002	4	4	6	86	100	822
	2006	4	4	2	90	100	696
Arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne, for at det skulle blive muligt for mig at vende tilbage	2002	64	11	4	21	100	799
	2006	58	14	5	23	100	686
Arbejdsgiveren forsøgte at presse mig til at begynde at arbejde, før jeg var rask nok	2002	7	4	7	82	100	817
	2006	6	8	5	81	100	700

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Multi-level signifikanstest viser, at der ikke er signifikant forskel mellem 2002 og 2006 ($p < 0,05$). Multi-level signifikanstest med kontrol for samlivsstatus, køn, alder, uddannelse, erhvervs erfaring, status som lønmodtager eller ledig ved sygemelding, status som lønmodtager eller andet ved raskmelding, afskediget under sygemelding eller ej og varighed af sygemelding viser, at der er signifikant forskel mellem 2002 og 2006 på faktoren "Arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne for, at det skulle blive muligt for mig at vende tilbage" ($p < 0,05$).

Vores analyser viser altså, at de sygemeldte er meget tilfredse med virksomhedernes indsats målt på de tre udvalgte faktorer. Derudover viser vores analyser, at der blot er sket en mindre udvikling fra 2002 til 2006 i de sygemeldtes vurderinger af virksomhedernes indsats – de sygemeldte er blevet lidt mindre tilfredse med arbejdsgiverne. Altså har lovændringerne kun ændret forholdet mellem arbejdsgiverne og de sygemeldte minimalt, ligesom de har gjort det mellem kommunerne og de sygemeldte.

TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDE

I de følgende to afsnit beskriver vi de sygemeldtes vurdering af forhold, som har betydning for deres muligheder for at vende tilbage til arbejdsmarkedet efter endt sygemelding. I det første afsnit fokuserer vi på vurderinger fra sygemeldte, som har været i beskæftigelse, efter deres sygemelding ophørte, og i det andet afsnit fokuserer vi på vurderinger fra sygemeldte, som på interviewtidspunktet ikke var i beskæftigelse.

TABEL 8.3

De sygemeldtes vurdering af forhold, som havde betydning for deres tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Sygemeldte, som har været i beskæftigelse efter endt sygemelding, 2006. Procent.

I hvor høj grad var det medvirkende til, at du kunne begynde af arbejde igen	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Total	N
At du fik nedsat arbejdstid?	28	7	2	63	100	552
At du fik lettere eller ændrede arbejdsopgaver?	23	13	3	61	100	553
At du fik en særlig arbejdsindretning eller hjælpemidler (fx ny stol, nyt bord, installation af rampe, udvidelse af døre)?	7	5	3	85	100	555
At du fik mere fleksible arbejdstider?	17	9	2	72	100	558
At du fik mulighed for at hvile på arbejdspladsen?	8	6	2	84	100	555
At du havde mulighed for mange sygeperioder?	7	7	4	82	100	557
At du fik mulighed for at udføre arbejdet hjemmefra?	5	3	1	91	100	563
At du fik en personlig assistent/-støtteperson?	2	2	2	94	100	561
At du fik hjælp til at komme til og fra arbejdet?	1	2	1	96	100	560
At du blev revalideret?	2	1	1	96	100	557
At du fik en uddannelse, der ikke var revalidering?	1	1	1	97	100	560
At den lægelige behandling forbedrede din arbejdsevne?	44	18	5	32	100	557
At behandling uden for det etablerede sundhedssystem, fx hos zoneterapeut eller akupunktør, forbedrede din arbejdsevne?	8	5	4	83	100	561

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data.

BESKÆFTIGEDE

Vores analyser viser, at særligt fire ting har haft betydning for, at de sygemeldte har kunnet vende tilbage til arbejdet. I tabel 8.3 kan vi se, at det, som flest sygemeldte vurderer, har betydning, er den lægelige behandling, de har fået. Således har 44 pct. af de sygemeldte vurderet, at lægelig behandling i høj grad var medvirkende til, at de kunne begynde at arbejde igen. Dernæst har mange sygemeldte vurderet, at nedsat arbejdstid, lettere eller ændrede arbejdsopgaver og mere fleksible arbejdstider i høj grad har været medvirkende til, at de kunne begynde at arbejde igen. 28 pct. af de sygemeldte har vurderet, at nedsat arbejdstid i høj grad har haft betydning for deres tilbagevenden til arbejdsmarkedet. 23 pct. har vurderet, at det, at de fik lettere eller ændrede arbejdsopgaver, i høj grad har haft betydning for deres tilbagevenden. Og endelig har 17 pct. vurderet, at det, at de fik mere fleksible arbejdstider, i høj grad har haft betydning for deres tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

For en række andre faktorer har mere end 80 pct. af de sygemeldte vurderet, at disse faktorer slet ikke har haft betydning for deres tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Det gør sig gældende for: 1) særlig arbejdsindretning eller hjælpemidler, 2) mulighed for at hvile på arbejdspladsen, 3) mulighed for mange sygeperioder, 4) mulighed for at udføre arbejdet hjemmefra, 5) at få en personlig assistent/støtteperson, 6) hjælp til at komme til og fra arbejdet, 7) revalidering, 8) anden uddannelse eller 9) behandling uden for det almindelige sundhedssystem.

Der kan være to grunde til, at kun en meget lille andel af de sygemeldte har vurderet, at disse faktorer har været medvirkende til, at de kunne begynde at arbejde igen. En grund kan være, at de pågældende faktorer ikke virker efter hensigten, nemlig at sikre en lettere tilbagevenden til arbejdsmarkedet. En anden og mere plausibel grund er, at de sygemeldte slet ikke har deltaget i de pågældende indsatser. Vi har i denne rapport ikke mulighed for at undersøge, hvor mange af de sygemeldte som har deltaget i hver af indsatserne.

IKKE BESKÆFTIGEDE

De sygemeldte, der ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, nævner især fire forhold, som kan medvirke til, at de kan komme i arbejde igen. De fire forhold er: lettere eller ændrede arbejdsopgaver, efteruddannelse eller omskoling, nedsat arbejdstid og fleksible arbejdstider, se tabel 8.4.

TABEL 8.4

Ikke beskæftigedes vurdering af forhold, som kan hjælpe dem til at begynde at arbejde igen, 2006. Procent.

Vil det kunne hjælpe dig til at begynde at arbejde igen	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Total	N
Hvis du får nedsat arbejdstid?	27	23	5	45	100	198
Hvis du får lettere eller ændrede arbejdsopgaver?	35	15	6	44	100	199
Hvis du får en særlig indretning af din arbejdsplads eller hjælpemidler?	9	11	7	73	100	199
Hvis du får mulighed for fleksible arbejdstider?	22	13	8	57	100	202
Hvis du får mulighed for at hvile på arbejdspladsen?	11	12	7	70	100	195
Hvis du får mulighed for mange sygeperioder?	11	12	10	67	100	194
Hvis du får mulighed for at udføre arbejdet hjemmefra?	8	12	4	76	100	199
Hvis du får en personlig assistent/støtteperson på arbejdspladsen?	1	5	4	90	100	196
Hvis du får hjælp til transporten?	4	5	4	87	100	199
Hvis du får mulighed for efteruddannelse eller omskoling?	28	10	2	60	100	197

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data.

35 pct. af de sygemeldte, som ikke var i beskæftigelse på interviewtidspunktet, vurderer, at lettere eller ændrede arbejdsopgaver i høj grad vil kunne hjælpe dem til at begynde af arbejde igen. Herudover vurderer 28 pct., at efteruddannelse eller omskoling i høj grad vil kunne hjælpe dem til at begynde at arbejde igen. 27 pct. vurderer, at nedsat arbejdstid i høj grad vil kunne hjælpe dem til at begynde at arbejde, og endelig vurderer 22 pct., at mulighed for fleksible arbejdstider i høj grad vil kunne hjælpe dem tilbage i arbejde.

På en række faktorer har mere end 70 pct. vurderet, at faktorerne slet ikke vil kunne hjælpe dem til at påbegynde et arbejde. Det gælder for faktorerne: 1) en særlig indretning af arbejdspladsen eller hjælpemidler, 2) mulighed for at hvile på arbejdspladsen, 3) mulighed for at udføre arbejdet hjemmefra, 4) at få en personlig assistent/støtteperson på arbejdspladsen og 5) at få hjælp til transporten.

Både for de sygemeldte, som har været i beskæftigelse efter endt sygemelding, og for dem, som ikke var i beskæftigelse på interview-

tidspunktet, er der altså særligt fire faktorer, som de vurderer til i høj grad at hjælpe dem tilbage på arbejdsmarkedet. Det er interessant, at tre ud af de fire faktorer er de samme. Begge grupper af sygemeldte vurderer, at nedsat arbejdstid, lettere eller ændrede arbejdsopgaver og/eller mulighed for fleksible arbejdstider i høj grad kan være medvirkende til, at de kommer tilbage på arbejdsmarkedet.

Ud over at de sygemeldte, som ikke var i beskæftigelse på interviewtidspunktet, har vurderet forhold, som kunne hjælpe dem til at komme i arbejde, har de også vurderet, i hvor høj grad en række faktorer kan være en hindring for, at de kan begynde at arbejde igen. I tabel 8.5 kan vi se, at særligt det, at den sygemeldte ikke har været rask nok til at kunne arbejde, har været en hindring for tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Således har 57 pct. vurderet, at denne faktor i høj grad har været en hindring for dem. Denne vurdering stemmer overens med, at sygemeldte, som har været i beskæftigelse efter endt sygemelding, ofte nævner, at lægelig behandling er medvirkende til, at de kom i arbejde. Derudover har 27 pct. vurderet, at det, at de ikke har fået tilbudt et arbejde, som de kan klare, har været en hindring for deres tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Omvendt har 50 pct. vurderet, at dette ikke har været en hindring for dem. På dette spørgsmål er de sygemeldte altså delte.

I tabel 8.5 kan vi også se, at 70 pct. af de sygemeldte, som ikke var i beskæftigelse på interviewtidspunktet, har vurderet, at det slet ikke har været en hindring for dem, at de har været for længe væk fra arbejdsmarkedet. Altså ser de sygemeldte ikke selv denne faktor som en hindring. Samtidig vurderer 72 pct., at arbejdspladsernes holdning til at ansætte personer, der har været syge, slet ikke har betydning. Vores analyser viser derfor, at det ifølge de sygemeldte selv ikke er arbejdsgiverne, som udgør en hindring for, at de kan komme i arbejde. Til gengæld er den mest udbredte hindring for de sygemeldte, at de ikke er raske nok til at arbejde.

TABEL 8.5

Ikke beskæftigedes vurdering af forhold, som kan være en hindring for, at de kan begynde at arbejde igen, 2006. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Total	N
I hvor høj grad har det været en hindring for, at du kan komme i arbejde igen, at du ikke er rask nok til at kunne arbejde?	57	13	3	27	100	206
I hvor høj grad har det været en hindring for, at du kan komme i arbejde igen, at du har været for længe væk fra arbejdsmarkedet?	5	17	8	70	100	206
I hvor høj grad har det været en hindring for, at du kan komme i arbejde igen, at du ikke har fået tilbudt et arbejde, som du kan klare?	27	13	9	51	100	197
I hvor høj grad har arbejdspladsernes holdning til at ansætte personer, der har været syge, været en hindring for, at du kan komme i arbejde igen?	13	9	6	72	100	183

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data.

KONKLUSION

Gennem kapitlets analyser har vi vist, at de sygemeldte i store træk er positive i deres vurderinger af kommunens indsats i de sygemeldtes sygedagpengesager. Vi har også vist, at deres vurderinger stort set ikke har ændret sig fra før lovændringernes indførsel til efter dens ikrafttræden på nær i forhold til de sygemeldtes vurderinger af, om kommunen virkelig har hjulpet dem til at komme videre, og om de havde stor indflydelse på, hvad der skete i deres sag. I disse vurderinger af kommunernes indsats er de sygemeldte lidt mindre positive i 2006 sammenlignet med i 2002.

Kapitlet har også vist, at de sygemeldte generelt er meget tilfredse med virksomhedernes indsats i den periode, de har været sygemeldte. Og kun de sygemeldtes vurdering af, om arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne, for at den sygemeldte kunne vende tilbage

til arbejdet, har ændret sig. De sygemeldte er lidt mindre positive i deres vurdering af arbejdsgiverens indsats i 2006 sammenlignet med i 2002.

I kapitlet har vi endvidere set, at sygemeldte, som har været i beskæftigelse efter endt sygemelding, og sygemeldte, som ikke var i beskæftigelse på interviewtidspunktet, vurderer, at nedsat arbejdstid, lettere eller ændrede arbejdsopgaver og/eller mulighed for fleksible arbejdstider i høj grad kan være medvirkende til, at de kommer tilbage på arbejdsmarkedet. Derudover vurderer sygemeldte, som har været i beskæftigelse efter endt sygemelding, at den lægelige behandling, de har fået, i høj grad har været medvirkende til, at de er kommet tilbage i arbejde. Og sygemeldte, som ikke var i beskæftigelse på interviewtidspunktet, vurderer, at efteruddannelse eller omskoling ville kunne hjælpe dem til at komme ud på arbejdsmarkedet.

Endelig har vi set, at flertallet af sygemeldte, som ikke var i beskæftigelse på interviewtidspunktet, vurderer, at det, at de ikke er raske nok til at arbejde, i høj grad er en hindring for, at de kan komme ud på arbejdsmarkedet. Endvidere vurderer en del, at det, at de ikke har fået tilbudt et arbejde, som de kan klare, er en hindring for, at de kan komme i arbejde.

BESKÆFTIGELSESEFFEKTER AF OPFØLGNINGSSAMTALER

Baggrunden for ændringerne i sygedagpengeloven i juli 2005 var først og fremmest et ønske om at nedbringe sygefraværet ved at forbedre kommunernes opfølgning i sygedagpengesager. Ændringerne skulle lede til en indsats, som var mere målrettet sygemeldte med størst behov for en tæt og individuel opfølgning, og som fokuserede på arbejdsfastholdelse.²²

En central ændring har således drejet sig om kommunernes opfølgning. I modsætning til tidligere skal kommunerne sende et oplysningsskema til de sygemeldte, som skal udfylde skemaet med oplysninger om bl.a. sygdomsårsag og forventet varighed af sygemeldingen, og lønmodtagere skal oplyse, om de forventer at kunne vende tilbage hos sygemeldingsarbejdsgiveren. På baggrund af bl.a. skemaet skal kommunerne, som tidligere nævnt, visitere sagen til en af tre kategorier (glatte sager, risikosager, langvarige sager), og senest inden udgangen af 8. fraværsuge skal kommunen holde en opfølgningssamtale med den sygemeldte. I modsætning til tidligere skal kommunerne holde samtale med alle sygemeldte. For at målrette indsatsen skal kommunerne

22. Se bemærkninger til skriftlig fremsættelse af lovforslag nr. L 21, jf.
<http://www.folketinget.dk/Samling/20042/lovforslag/L21/fremsaettelsestale.htm>

mindst holde opfølgningssamtale hver 4. uge i risikosager og hver 8. uge i glatte og langvarige sager.

Som vi har set i de foregående kapitler, er de ønskede ændringer på dette område i høj grad indtruffet. I 92 pct. af sagerne har kommunerne modtaget et oplysningsskema – tidligere skete det kun i 10 pct. af sagerne. Ca. 85 pct. af sagerne visiteres til en opfølgningskategori. I 80 pct. af sagerne er der afholdt mindst en opfølgningssamtale – tidligere var denne andel 58 pct. Det kan diskuteres, om de 85 pct. og 80 pct. burde være højere. En del af forklaringen på, at disse procenttal ikke er større, er formodentlig, at nogle af de sygemeldte bliver raskmeldt, inden kommunen når at visitere og holde samtale, se kapitel 5. Endelig kan det konstateres, at opfølgningssamtalerne finder sted tidligere i sygemeldingerne, end de gjorde før lovændringerne. Andelen af kommunernes sager, hvor der er afholdt opfølgningssamtale inden 9. uge, er således vokset fra 39 pct. i 2002 til 52 pct. i 2006.

Der er således ingen tvivl om, at kommunernes opfølgningsindsats er forøget. Spørgsmålet, som vi undersøger i dette kapitel, er, hvordan ændringerne mellem 2002 og 2006 i kommunernes opfølgningsindsats påvirker de sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet. Hvis opfølgningssamtaler forøger de sygemeldtes sandsynlighed for at komme i arbejde, som en tidligere undersøgelse har vist (Høgelund & Holm, 2006a), vil kommunernes øgede brug af opfølgningssamtaler forøge de sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet.

Vi belyser beskæftigelseseffekten af kommunernes opfølgningssamtaler ved at undersøge, om de sygemeldtes deltagelse i den første opfølgningssamtale efter sygemeldingen forøger deres chance for at komme i arbejde. Analysen belyser således ikke, om der er en effekt af senere opfølgningssamtaler eller af andre tiltag som fx delvise raskmeldinger. Analysens snævre fokus skal ses på baggrund af datamaterialets størrelse og den store kompleksitet, der er forbundet med at gennemføre en effektmåling.

MULIGE EFFEKTER AF OPFØLGNINGSSAMTALER

Analysen i dette kapitel er en effektmåling, hvor vi forsøger at måle, om opfølgningssamtaler bidrager til at få flere sygemeldte i arbejde. En

effektmåling kan ikke sige noget om årsagen til den fundne effekt. Vi må derfor nøjes med forskellige mere eller mindre plausible formodninger om, hvilke beskæftigelses effekter opfølgningssamtaler kan have. I princippet kan opfølgningssamtaler have både positive og negative beskæftigelses effekter.

Samtalerne kan have en såkaldt motivations- eller trusselseffekt, som består i, at den sygemeldte ikke ønsker at komme til samtale og derfor forsøger at genoptage arbejdet. I forbindelse med kommunernes opfølgning skal kommunen godtgøre, at den sygemeldte er uarbejdsdygtig. Denne kontrol kan opleves som ubehagelig. Den sygemeldte synes måske, at sagsbehandleren stiller spørgsmålstegn ved rigtigheden af den sygemeldtes egen oplevelse af sygdommen. Den sygemeldte kan ligeledes frygte en nærgående undersøgelse af private forhold eller en arbejdsprøvning.

En dansk undersøgelse finder, at opfølgningssamtaler forøger langvarigt sygemeldte lønmodtageres chance for at komme i arbejde hos sygemeldingsarbejdsgiveren (den ”gamle” arbejdsgiver), mens samtalerne ikke har betydning for chancen for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver (Høgelund & Holm, 2006a). Forfatterne peger på, at den positive effekt kan være en motivationseffekt, men undersøgelsen kan ikke skelne effekter, som finder sted før samtalerne (en motivations-effekt) fra effekter, som først finder sted, efter at samtalen er afholdt.

En effekt, efter at samtalen er afholdt, kan fx skyldes, at samtalen motiverer den sygemeldte til at forsøge at genoptage arbejdet, eller at den sygemeldte får information om forhold, som kan gøre det nemmere at genoptage arbejdet. Sagsbehandleren kan fx gøre den sygemeldte opmærksom på mulighederne for at genoptage arbejdet på nedsat tid eller med mindre krævende arbejdsopgaver i en periode.

Man kan forestille sig en negativ effekt af samtalerne, hvis de medvirker til, at den sygemeldte genoptager arbejdet, inden vedkommende er rask nok til det, hvilket kan føre til en forværring af helbredsproblemerne.

OM METODE OG DATA

OM METODEN

Vi vil gerne undersøge, om sygemeldte, som kommer til opfølgningssamtale, har større chance for at komme i arbejde end sygemeldte, som ikke kommer til opfølgningssamtale. Og i den forbindelse vil vi undersøge, om der er forskel på denne sammenhæng i 2002 og 2006.

Det giver anledning til et metodisk problem. Den effekt af opfølgningssamtaler, som vi beregner, vil blive forkeret, hvis de sygemeldte, som kommer til samtale, ikke "ligner" dem, som ikke kommer til samtale. Hvis vi fx finder, at opfølgningssamtaler har en negativ beskæftigelseseffekt, kan det skyldes, at opfølgningssamtaler rent faktisk har en negativ effekt, men det kan også skyldes, at kommunerne ofte holder samtaler med dem, som ikke kommer i arbejde. Hvis vi observerer forskellene mellem dem, som kommer til samtale, og dem, der ikke gør, kan vi umiddelbart korrigere for det i analysen. Problemet opstår, når der er uobserverede forskelle, fx fordi vi ikke observerer helbred ordentligt.

For at løse problemet med uobserverede forskelle mellem dem, som kommer til samtale, og dem, som ikke gør, bruger vi to metoder. For det første kontrollerer vi for betydningen af uobserverede forhold. Vi tillader således, at nogle sygemeldte kan have uobserverede karakteristika, som fx både bevirker, at de ofte kommer til opfølgningssamtale og sjældent kommer i arbejde. Ved at tage højde for uobserverede forhold kan vi undgå fejlagtigt at konkludere, at opfølgningssamtaler har en negativ beskæftigelseseffekt. Vi kan selvfølgelig også undgå den modsatte fejlslutning, at opfølgningssamtaler har en positiv beskæftigelseseffekt, som skyldes, at de "stærke" sygemeldte ofte kommer til samtale.

For det andet benytter vi det, som kaldes instrument-variabel-metoden (IV-metoden). Denne metode udnytter de samme principper som et lodtrækningsforsøg. Et lodtrækningsforsøg er karakteriseret ved, at lodtrækningen kun afgør, om den sygemeldte kommer til samtale, mens lodtrækningen ikke i sig selv påvirker, om den sygemeldte kommer i arbejde. IV-metoden udnytter samme princip. Vi leder efter forhold, som lige som en lodtrækning påvirker chancen for at komme til opfølgningssamtale, men ikke påvirker chancen for at komme i arbejde.

I analysen antager vi, at kommunernes administration på sygedagpengeområdet opfylder kravene til IV-metoden. Ligesom Høgelund & Holm (2006a) regner vi med, at kommunernes administrative praksis på sygedagpengeområdet har betydning for, om den enkelte sygemeldte kommer til samtale samtidig med, at denne praksis ikke i sig selv har betydning for, om den sygemeldte kommer i arbejde. Hypotesen er, at sygemeldte fra aktive kommuner ofte kommer til samtale, mens det modsatte er tilfældet i passive kommuner. Inspireret af Bengtsson (2002), som fandt, at bureaukratiske eller regelorienterede kommuner tilkendte markant flere førtidspensioner end dynamiske eller handlingsorienterede kommuner, antager vi, at chancen for at komme til opfølgningssamtale er større i ubureaukratiske end i bureaukratiske kommuner.

For at måle om kommunerne har henholdsvis en aktiv eller bureaukratisk politik, benytter vi oplysninger fra spørgeskemaerne om kommunernes administration på sygedagpengeområdet. Vi måler bureaukratisk administration ved to spørgsmål. Dels ved om kommunerne fordeler sygedagpengesager til opfølgningsmedarbejderne automatisk eller efter en individuel vurdering, dels ved om kommunen har interne regler om, hvornår der gennemføres en hurtig indsats, der er så klare, at de i princippet kan lade et edb-program afgøre, hvorvidt der skal foretages en hurtig indsats. Vi måler, om kommunen har en aktiv politik ved et spørgsmål om, hvorvidt kommunen i sager med psykisk diagnose (fx depression) foretager opfølgningen hurtigere, end loven kræver. I bilaget til dette kapitel diskuterer vi yderligere et par forhold ved analysens metode.

Analysen er gennemført som en varighedsanalyse. Vi benytter varigheden fra første fraværdsdag til den sygemeldte kommer i arbejde, som mål for arbejdsmarkedstilknytningen. I varighedsmodellen beregnes den enkelte persons sandsynlighed for at komme i arbejde i hver måned fra og med den tredje måned efter første fraværdsdag.²³ Populært sagt beregner man, hvor stor chancen er for, at den sygemeldte kommer i arbejde i observationsperioden.

23. Mere præcist beregner man sandsynligheden for, at den sygemeldte kommer i arbejde i en given måned, fx den 5. måned efter sygemeldings begyndelse under forudsætning af, at den sygemeldte ikke er kommet i arbejde i en af de forudgående måneder (måned 3 og 4 efter første fraværdsdag).

Som mål for, om den sygemeldte kommer til opfølgningssamtale, benytter vi varigheden fra første fraværsdag, til han/hun kommer til den første opfølgningssamtale. De to varigheder estimeres samtidig, og vi tillader, at uobserverede forhold kan påvirke sandsynligheden for henholdsvis at komme til opfølgningssamtale og i arbejde.²⁴

Modellen estimerer en effekt af opfølgningssamtale efter samtalen er afholdt – vi undersøger således ikke, om samtalerne evt. har en motivationseffekt inden de finder sted (jf. ovenfor). Vi er interesseret i at måle den umiddelbare effekt af samtalerne, fx at samtalerne får den sygemeldte til at genoptage arbejdet med tilpassede arbejdsforhold eller på nedsat tid i en periode. For at skelne sådanne korttidseffekter fra mere langsigtede effekter af andre tiltag, fx af revalidering, undersøger vi kun, om samtalerne har en virkning kort tid efter samtalen er afholdt. Vi afprøver derfor forskellige modeller: en model, hvor samtalen antages at have en effekt i samme måned, som den holdes, og tre modeller, hvor samtalen antages at have en effekt hhv. en, to og tre måneder efter den har fundet sted.

DATA OG ET FØRSTE KIG PÅ TALLENE

For at kunne belyse om det øgede brug af opfølgningssamtaler forøger sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet, har vi afgrænset sygedagpengesagerne på samme måde i de to år. Data i 2006 omfatter sager med en varighed på mindst 9 uger, som er afsluttet i perioden januar 2006 til og med juli 2006. Derudover omfatter data kun sygemeldte, som er omfattet af de nye regler fra juli 2005 – det vil sige personer, som blev sygemeldt i maj 2005 eller senere. De sygemeldte blev interviewet i marts-april 2007 og derfor er den maksimale varighed fra første fraværsdag til interviewet ca. 24 måneder. Data fra 2002 er afgrænset på samme måde, se kapitel 3. I analysen bruger vi både oplysninger fra interviewene med de sygemeldte, fra spørgeskemaerne om sagsbehandlingen i hver enkelt sag, fra kommuneskemaerne om kommunernes administrative praksis og fra registre. Da der for hver

24. Vi måler de uobserverede forhold ved at estimere en såkaldt stykvis-konstant hazard-rate model (varighedsmodel) med "random effects". På sygedagpengeområdet er denne metode anvendt og nærmere beskrevet i Høgelund & Holm (2006b).

person samtidig skal være oplysninger fra de fire datakilder, betyder det, at antallet af personer i analysen er lavere end i rapportens andre kapitler. Eksempelvis er sygemeldte fra fire kommuner udeladt, fordi kommunerne ikke har besvaret spørgeskemaet om deres administrative praksis i begge år. Analysen omfatter 1.093 sygemeldte under 56 år, og heraf er 636 fra 2002 og 457 fra 2006.

I 2002 kom 58 pct. af de langvarigt sygemeldte til opfølgningssamtale, mens denne andel var 81 pct. i 2006. I både 2002 og 2006 kom 75 pct. af de sygemeldte i arbejde i løbet af undersøgelsesperioden.

Figur 9.1 og figur 9.2 giver et første indtryk af, om opfølgningssamtaler i 2002 og 2006 har en beskæftigelseseffekt. Graferne i figurene bygger på samme principper, som de varighedsanalyser, vi viser senere i kapitlet. En vigtig forskel er, at varighedsanalyserne tager hensyn til både observerede og uobserverede forskelle mellem sygemeldte, som kommer til samtale, og sygemeldte, som ikke gør, mens det ikke er tilfældet i de to første figurer.

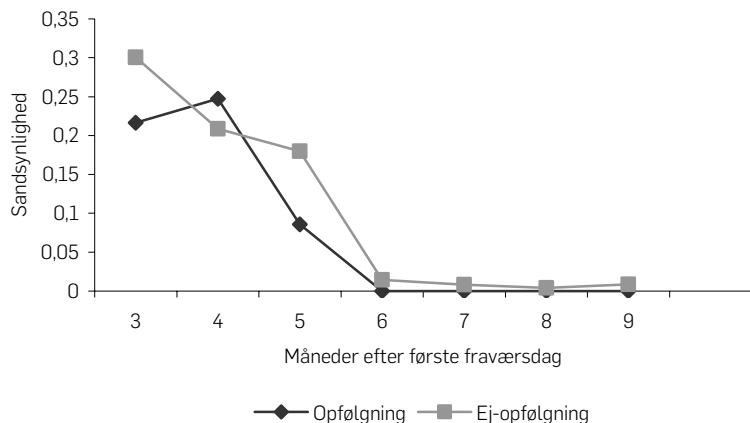
Figurerne viser ”effekten” af samtalen en måned efter den har fundet sted. I den tredje måned efter sygemeldingen sammenlignes personer, som har været til samtale i anden måned efter sygemeldingen med personer, som endnu ikke har været til samtale.²⁵ I den fjerde måned sammenlignes på tilsvarende måde personer, som har været til samtale i den tredje måned med personer, som på det tidspunkt endnu ikke har været til samtale osv.

Af figur 9.1 kan det ses, at ca. 22 pct. af de sygemeldte, som har været til samtale i den anden måned, kommer i arbejde i den tredje måned, mens denne andel er 30 pct. blandt dem, der ikke har været til samtale.

25. Denne gruppe består således både af sygemeldte, som aldrig kommer til opfølgningssamtale, og sygemeldte, som kommer til samtale efter den anden måned.

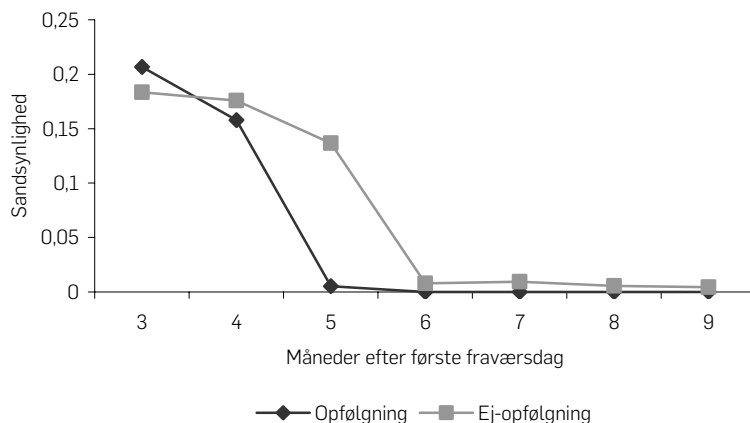
FIGUR 9.1

Langvarigt sygemeldtes sandsynlighed for at komme i arbejde som funktion af tiden. Opdelt efter, om de sygemeldte har været til opfølgningssamtale. 2002.



FIGUR 9.2

Langvarigt sygemeldtes sandsynlighed for at komme i arbejde som funktion af tiden. Opdelt efter, om de sygemeldte har været til opfølgningssamtale. 2006.



Figurerne tyder ikke på, at opfølgningssamtaler har en positiv beskæftigelseseffekt – snarere tværtimod. I 2002 er det således kun i den fjerde måned efter sygemeldingen, at der er en positiv ”effekt”, idet sygemeldte, som har været til samtale i tredje måned, har større chance for at komme i arbejde end sygemeldte, som ikke har været til samtale. I de andre måneder har sygemeldte, som har været til samtale, lavere sandsynlighed for at komme i arbejde end dem, som ikke har. Noget lignende er tilfældet i 2006: kun i den tredje måned har sygemeldte, som har været til samtale, større chance for at komme i arbejde end dem, som ikke har været til samtale.

Det som varighedsanalyserne kan afklare er, om de forskelle vi kan se i figurerne, ændrer sig, når der tages hensyn til, at der er forskel på sygemeldte, som kommer og ikke kommer til samtale..

I analysen inddrager vi en række baggrundsforhold (forklarende variabler), som både kan påvirke de sygemeldtes sandsynlighed for at komme til opfølgningssamtale og for at komme i arbejde. De variabler, vi har med i analysen, er: køn, alder, samlivsstatus, erhvervsuddannelse, erhvervs erfaring inden sygemeldingen, arbejdsmarkedsstatus på sygemeldingstidspunktet (lønmodtager eller modtager af arbejdsløshedsdagpenge), selv-rapporteret diagnose, antal besøg hos egen læge året inden sygemeldingen, antal besøg hos en speciallæge året inden sygemeldingen og arbejdsløshedsprocenten i den sygemeldtes amt.²⁶ Tabel B9.1 i bilag til kapitel 9 viser fordelingen af disse variabler, af kommunevariablerne og af varigheden til opfølgningssamtale og tilbagevenden til arbejde.

EFFEKTEN AF OPFØLGNINGSSAMTALER

For at undersøge effekten af opfølgningssamtaler i 2002 og 2006 har vi gennemført en analyse, hvor vi samtidig estimerer varigheden til første opfølgningssamtale og varigheden, til de sygemeldte kommer i arbejde første gang efter sygemeldingen. Tabel 9.1 viser udvalgte resultater, som vedrører opfølgningssamtaler, og tabel 9.2 viser resultater for

26. Denne variabel varierer over tid. I de første 6 måneder af sygemeldingen er variabelen lig med arbejdsløshedsprocenten i de foregående 6 måneder. 6-12 måneder efter sygemeldingens begyndelse er variabelen lig med arbejdsløshedsprocenten i de foregående 6 måneder osv.

beskæftigelseseffekten af opfølgningssamtaler. Resultaterne af hele analysen fremgår af tabel B9.3 i bilag til kapitel 9.

Tabellerne skal læses på den måde, at et positivt fortegn på et estimat betyder, at sygemeldte i den pågældende kategori har større sandsynlighed for at komme til opfølgningssamtale (eller i arbejde) end sygemeldte i referencekategorien, som er angivet med en ”•”. Ser vi på den første variabel i tabel 9.1, ”Automatisk fordeling af sager”, betyder tallet på -0,591 ud for kategorien ”Ja”, at sygemeldte fra kommuner, som fordeler nye indgående sygedagpengesager automatisk blandt forvaltningens opfølgningsarbejdere, har mindre chance for at komme til opfølgningssamtale i 2002 end sygemeldte fra kommuner, som fordeler sagerne efter en individuel vurdering. Stjernen ”*” efter estimatet angiver, at effekten er signifikant på et 5-pct’s niveau.

Af tabel 9.1 ses, at kommunevariablerne har de forventede effekter i 2002, idet sandsynligheden for at komme til opfølgningssamtale er større i kommuner med en aktiv og ubureaukratisk politik end i kommuner med en passiv og bureaukratisk politik. Effekten af disse variabler er statistisk signifikant.

Kommunevariablernes indflydelse på, om de sygemeldte kommer til samtale, er markant mindre i 2006 end i 2002. Der således ingen af variablerne, som er signifikante (den mest signifikante variabel har en p-værdi på 0,138). Forskellen mellem 2002 og 2006 i kommunevariablernes betydning kan hænge sammen med lovændringerne, som på flere områder præciserer kommunernes opgaver, hvilket betyder, at der er mindre plads til, at den enkelte kommune kan fastlægge sin egen politik.

Kommunevariablernes begrænsede betydning i 2006 indebærer et væsentligt forbehold i 2006-analysen, fordi vi kun kan regne med, at variablerne i begrænset omfang bidrager til at korrigere for uobserverede forskelle mellem sygemeldte, der har været til samtale, og sygemeldte, der ikke har været til samtale. Vi er dermed i højere grad afhængig af, at den anden metode (random effects), som vi benytter til at korrigere for uobserverede forskelle, sikrer, at der ikke er væsentlige forskelle mellem sygemeldte, der har været til samtale, og sygemeldte, der ikke har. Vi kan ud fra analysen ikke afgøre, om det er tilfældet, men kan konstatere, at der er forholdsvis store uobserverede forskelle. Det er tilsyneladende dem med mindst beskæftigelseschance, som oftest kommer til samtale. Der er således en gruppe af sygemeldte, som har uobserverede

karakteristika, som betyder, at de har en meget lille chance for at komme til samtale og en forholdsvis stor chance for at komme i arbejde, se tabel B9.3 i Bilag til kapitel 9.

TABEL 9.1

Udvalgte resultater fra varighedsanalyse af langvarigt sygemeldtes deltagelse i opfølgningssamtaler i 2002 og 2006.

	2002		2006	
	Estimat	Standardfejl	Estimat	Standardfejl
Opfølgningssamtaler				
Automatisk fordeling af indgående sygedagpengesager				
Nej	•		•	
Ja	-0,591*	0,206	-0,179	0,246
Regler om, hvornår der gennemføres en hurtig indsats				
Nej	•		•	
Ja	-1,095*	0,355	-0,779	0,526
Hurtigere opfølgningen i sager med psykisk diagnose, fx depression?				
Nej	•		•	
Ja	0,742*	0,190	0,210	0,260

Anm.: Tabel B9.3 viser resultaterne af den fulde model, jf. Bilag til kapitel 9. Modellen er estimeret for 2002 og 2006 på en gang, og modellen for opfølgning er estimeret simultant med modellen for tilbagevenden til arbejde. I begge modeller er der korrigeret for køn, alder, samlivsstatus, erhvervsuddannelse, arbejdsmarkedsstatus på sygemeldingstidspunktet, erhvervs erfaring, diagnose, antal besøg hos henholdsvis egen læge og speciallæge året inden sygemeldingen og uobserverede forhold. Tabellen bygger på uvægtede data. * angiver at effekten er signifikant på et 5-pct.'s niveau ($p < 0,05$).

Analyser af effekten af opfølgningssamtaler viser, at de har en signifikant positiv beskæftigelseseffekt i 2006, men ikke i 2002, jf. tabel 9.2. Resultaterne af hele analysen fremgår af tabel B9.3 og B9.4

I 2006 har sygemeldte, som deltager i en opfølgningssamtale markant større chance for at komme i arbejde end sygemeldte, som ikke deltager i en samtale. Effekten er forsinket to perioder. Det betyder, at en opfølgningssamtale i fx den anden måned efter sygemeldingens begyndelse øger sandsynligheden for at komme i arbejde i den fjerde måned. Opfølgningssamtaler har ikke nogen effekt i samme måned, som samtalen holdes i, eller en måned eller tre måneder efter samtalen.

TABEL 9.2

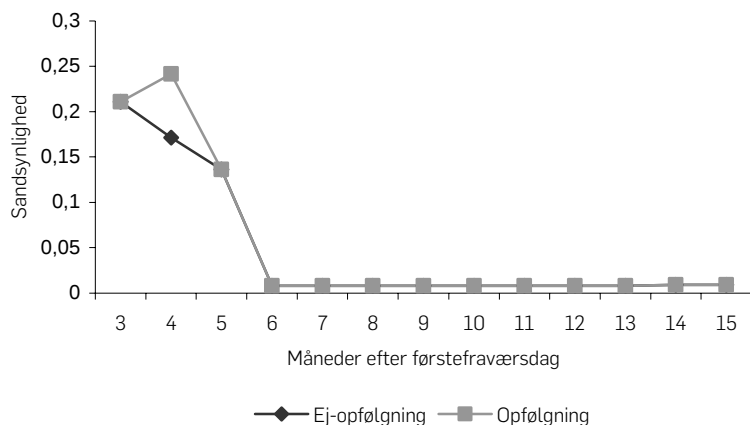
Udvalgte resultater fra varighedsanalyse af langvarigt sygemeldtes tilbagevenden til arbejde i 2002 og 2006.

	2002		2006	
	Estimat	Standardfejl	Estimat	Standardfejl
Opfølgningssamtale (effekt af to perioder, efter at samtalen er afholdt)				
Ikke været til samtale				
Har været til samtale	-0,136	0,186	0,433*	0,183

Anm.: Tabel B9.4 viser resultaterne af den fulde model, se Bilag til kapitel 9. Modellen er estimeret for 2002 og 2006 på en gang, og modellen for opfølgning er estimeret simultant med modellen for tilbagevenden til arbejde. I begge modeller er der korrigeret for køn, alder, samlivsstatus, erhvervsuddannelse, arbejdsmarkedsstatus på sygemeldingstidspunktet, erhvervs erfaring, diagnose, antal besøg hos henholdsvis egen læge og speciallæge året inden sygemeldingen, og uobserverede forhold. Tabellen bygger på uvægtede data. * angiver, at effekten er signifikant på et 5-pct.'s niveau ($p < 0,05$).

FIGUR 9.3

Illustration af effekten af opfølgningssamtaler i 2006. Langvarigt sygemeldtes sandsynlighed for at komme i arbejde som funktion af tiden.



Som det kan ses af figuren, er effekten tidsbegrænset. Den sygemeldte, som har været til samtale i den anden måned, har større chance for at komme i arbejde i fjerde måned sammenlignet med en sygemeldt, som

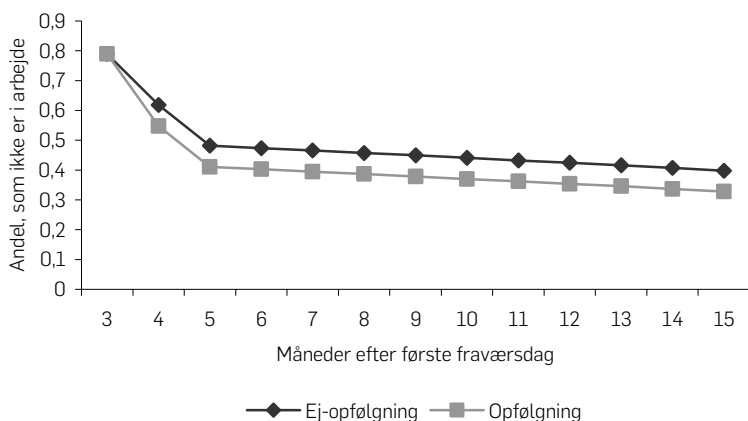
ikke har været til samtale. Efter den fjerde måned er der ingen effekt af den afholdte samtale, og de to grafer er derfor sammenfaldende.

Figur 9.4. illustrerer effekten på en anden måde. Af figuren kan man se, hvor stor en andel af de sygemeldte, som kommer i arbejde, når de har været til samtale i den anden måned, sammenlignet med sygemeldte, som ikke har været til samtale. Figuren bygger også på gennemsnitspersoner. Figurens y-akse viser andelen af sygemeldte, som endnu ikke er kommet i arbejde. Eksempelvis er der i den første måned af undersøgelsesperioden (den tredje måned efter første fraværdag) 79 pct., som endnu ikke er kommet i arbejde.

Ved at se på den nederste graf kan vi finde frem til andelen af de sygemeldte, der kommer i arbejde, hvis der gennemføres opfølgningssamtaler i anden måned. Eksempelvis er der 65 pct. af dem, som har været til samtale, som er kommet i arbejde 12 måneder efter sygemeldingens begyndelse. Blandt dem, som ikke har været til samtale, er denne andel kun 58 pct. (øverste graf). Der er med andre ord 7 procentpoints forskel.

FIGUR 9.4

Illustration af effekten af opfølgningssamtaler i 2006. Andelen af langvarigt sygemeldte, som ikke er i arbejde som funktion af tiden.



Graferne i figur 9.4 illustrerer effekten, og tallene, som kan aflæses af graferne, skal derfor ikke tolkes alt for håndfast. Dels fordi der er en vis

usikkerhed ved den beregnede effekt. Dels fordi alle sygemeldte ikke kommer til samtale i den anden måned. Jo senere samtalerne holdes, desto mindre vil forskellen i andelen, som kommer i arbejde, være mellem dem, som har været til samtale, og dem, som ikke har. Det skyldes, at effekten, som den er beregnet i modellen, har samme procentvise virkning under hele sygefraværsforløbet, og da mange sygemeldte kommer i arbejde hurtigt efter sygemeldingens begyndelse, vil tidligst afholdte samtale bringe forholdsvis mange sygemeldte i arbejde. Hvis opfølgningssamtalerne holdes i den tredje måned efter sygemeldingens begyndelse, er der i den 12. måned en forskel på 6 procentpoint i andelen, som er kommet i arbejde, mellem dem, som har været til samtale, og dem, som ikke har. Denne forskel er mindre end 3 procentpoint, hvis samtalerne først holdes i den fjerde måned (kun ca. 13 pct. af de sygemeldte kommer dog til samtale i den fjerde måned eller senere).

KONKLUSION OG DISKUSSION

Analysen i dette kapitel tyder på, at ændringerne i kommunernes opfølgningsindsats har haft en positiv beskæftigelseseffekt. Analysen viser således, at de sygemeldtes deltagelse i den første opfølgningssamtale efter sygemeldingen har en positiv effekt i 2006 men ikke i 2002. Effekten i 2006 er tidsbegrænset. En samtale i fx den tredje måned efter sygemeldingens begyndelse forøger chancen for, at den sygemeldte kommer i arbejde i femte måned. I den 6. måned efter sygemeldingen har den afholdte samtale ingen effekt.

Vi har målt, om opfølgningssamtaler har en effekt, efter at samtalen har været afholdt. Vi har ikke målt, om samtalerne evt. har en motivations- eller skræmmeeffekt, inden den første samtale afholdes, som får nogle sygemeldte til (at forsøge) at genoptage arbejdet, fordi de ikke ønsker at komme til samtale. Flere danske undersøgelser har identificeret en motivationseffekt i forbindelse med aktivering af arbejdsløse (Geerdsen, 2006; Geerdsen & Holm, 2007).

Den effekt, vi finder, kan fx skyldes, at samtalen motiverer de sygemeldte til at forsøge at genoptage arbejdet. Det kan også være, at den sygemeldte får information om forhold, som kan gøre det nemmere at genoptage arbejdet. Sagsbehandleren kan fx gøre den sygemeldte

opmærksom på mulighederne for at genoptage arbejde på nedsat tid eller med mindre krævende arbejdsopgaver i en periode. Den effekt, som vi har målt, kan derfor også afspejle, at kommunen i forbindelse med samtalen iværksætter forskellige tiltag, fx delvis raskmelding, som har en beskæftigelseseffekt. Endelig kan effekten også tænkes at indeholde en motivationseffekt eller skræmmeeffekt fra efterfølgende samtaler (som endnu ikke er afholdt).

Det er vanskeligt at forklare, hvorfor vi finder en positiv effekt af opfølgningssamtaler i 2006, men ikke i 2002. Lovændringens fokus på arbejdsfastholdelse kan tænkes at spille en rolle. Dels kan det have ændret på samtalernes indhold, dels bliver der måske i forbindelse med samtalerne oftere iværksat tiltag, fx delvise raskmeldinger, som øger de sygemeldtes beskæftigelse.

DIAGNOSE OG TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDE

Både udenlandske og danske undersøgelser tyder på, at vores helbred har stor betydning for vores tilknytning til arbejdsmarkedet: jo dårligere helbred, jo svagere tilknytning (Currie & Madrian, 1999; Lund & Borg, 1999; Høgelund et al., 2003). Flere udenlandske undersøgelser tyder også på, at typen af helbredsproblem, der ligger til grund for sygemeldingen, har betydning. For eksempel finder Kivimäki et al. (2007), at svenskere, som er sygemeldt i mindst 1 uge med en diagnose for mental sygdom, har ca. dobbelt så stor risiko for at få førtidspension som sygemeldte med sygdomme i bevægeapparatet.

På dette område er der tilsyneladende en meget begrænset viden om danske forhold, hvilket formodentlig skyldes, at de tilgængelige sygedagpengeregistre ikke indeholder oplysninger om diagnose. I en undersøgelse af langvarigt sygemeldte benytter Høgelund et al. (2003) derfor de sygemeldtes egne oplysninger til at skelne mellem psykisk sygdom/problemer, sygdom i bevægeapparatet og anden sygdom (fx hjerte- og karsygdomme). I undersøgelsen fra 2003 fandt vi, ligesom vi gør i kapitel 9, at sygemeldingsårsagen ikke har betydning for, om de sygemeldte kommer i arbejde. Til gengæld fandt vi i 2003, at sygemeldte med psykisk sygdom/problemer sjældent kommer i arbejde hos den arbejdsgiver, som de blev sygemeldt fra, men til gengæld ofte kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Omvendt kommer personer med sygdom

i bevægeapparatet sjældent i arbejde hos en ny arbejdsgiver, men ofte hos ”den gamle” arbejdsgiver. I undersøgelsen fra 2003 var det ikke muligt at undersøge betydningen af sygdomsårsag, når der benyttes en mere detaljeret inddeling, ligesom resultaterne kan være påvirket af, at sygdomsårsagen bygger på folks egne oplysninger i stedet for lægelige oplysninger.²⁷

DIAGNOSEKATEGORIER

Der er to potentielle kilder til information om den sygemeldtes diagnose i vores datamateriale. For det første har vi bedt de sygemeldte selv om at angive, hvilken form for lidelse de blev sygemeldt på baggrund af, og for det andet har vi oplysninger om en evt. lægelig diagnose fra kommunernes journaler. Tabel 10.1 viser de sygemeldtes selvoplyste sygdomskategorier i 2002 og 2006. Som det fremgår af tabellen, er andelen af sygemeldte, som angiver, at de er sygemeldt på grund af en bevægeapparatlidelse, stort set uforandret, mens der er sket en betydelig stigning i andelen med en psykisk lidelse og et tilsvarende fald i kategorien ”Andet”, som dækker alle lidelser, der ikke falder ind under psykiske lidelser eller bevægeapparatlidelser.

TABEL 10.1

De sygemeldtes selvoplyste sygdomsårsag i 2002 og 2006. Procent.

	2002	2006
Psykisk	17	26
Bevægeapparat	39	41
Andet	38	31
Uoplyst	6	2
I alt	100	100
Antal	964	798

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data

27. I en pilotundersøgelse af sygedagpengesager med en varighed over 8 uger brugte Sørensen & Lunden (2001) sygemeldingsdiagnosen fra de sygemeldtes lægeerklæringer. Men på grund af, at datamaterialet er for lille, analyserer de ikke sammenhængen mellem diagnose og sygemeldingernes varighed.

I dette kapitel benytter vi dog primært kommunernes oplysninger (fra lægeerklæringer og attester) om den første lægelige diagnose til at undersøge sammenhængen mellem diagnose og tilbagevenden til arbejde. Vi benytter datamaterialet fra 2006, herunder også personer, som blev sygemeldt inden lovændringerne i juli 2005.

Ved at bruge lægelige oplysninger kan vi foretage en forholdsvis detaljeret inddeling af diagnoser, ligesom lægelige diagnoser må formodes i mindre grad at være påvirket af den bias, der kan være forbundet med udelukkende at benytte de sygemeldtes egne oplysninger. Oplysningerne fra de sygemeldte er indhentet på interviewtidspunktet, hvilket kan betyde, at oplysningerne i nogle tilfælde er påvirket af den sygemeldtes efterrationaliseringer, som kan være influeret af, hvordan sygdommen har udviklet sig, og hvordan det er gået den sygemeldte på arbejdsmarkedet. Denne bias er formodentlig mindre, når vi bruger de lægelige oplysninger. Dels fordi disse oplysninger ofte er afgivet tidligt i sygeforløbet, dels fordi de er baseret på en lægelig vurdering (som dog ofte støtter sig på den sygemeldtes tilkendegivelser om symptomer mv.).

I spørgeskemaerne om hver enkelt sygedagpengesag er der på baggrund af kommunens journal anført, om der foreligger en lægelig diagnose, og hvis det er tilfældet, er diagnosens ordlyd noteret ned. Vi har efterfølgende fået disse diagnoseangivelser omsat til de samme diagnosekoder, som Ankestyrelsen benytter i deres register over tilkendelser af førtidspension.^{28,29}

I 67 pct. af sagerne i 2006 foreligger en lægelig diagnose. Tabel 10.2 viser sagerne fordelt på diagnose. Langt de fleste er sygemeldt på grund af sygdomme i bevægeapparat (25 pct.), psykisk lidelser (24 pct.) og læsioner og forgiftninger mv. (15 pct.). Disse tre diagnosegrupper udgør tilsammen lidt mindre end to tredjedele af alle diagnoser. Herefter følger diagnosegrupperne svulster (5 pct.) og sygdomme i kredsløbsorganer (5 pct.), mens de øvrige diagnoser hver især udgør 3 pct. eller mindre. Endelig skal det bemærkes, at 7 pct. blev sygemeldt

28. Denne omkodning er foretaget af sociallæge og speciallæge i almen medicin, Kim Tich Thien Nguyen

29. I nogle tilfælde kan det diskuteres, om diagnosernes ordlyd beskriver en egentlig medicinsk diagnose. I de tilfælde, hvor det har været muligt, har vi omsat diagnosernes ordlyd til en diagnosekategori, også selvom det kan diskuteres, om der er tale om en egentlig medicinsk diagnose.

med mere end en diagnose, og at 10 pct. er under udredning eller diagnoserne ikke kan indplaceres i en af de øvrige kategorier.

Sygdomme i bevægeapparat omfatter især ryglidelser (13 pct.), slidgigt og andre ledsygdomme (6 pct.) og sygdomme i muskler og led (5 pct.). Psykiske lidelser omfatter især skizofreni og psykoser (12 pct.) og nervøse og stressrelaterede tilstande (7 pct.). Kategorien skizofreni og psykoser omfatter især personer, som er sygemeldt med depression.

TABEL 10.2

Langvarigt sygemeldte med oplyst diagnose fordelt efter (første) diagnose, 2006. Procent.

Diagnose	
Svulster (kræft)	5
Sygdomme i blod og bloddannende organer	0
Ernæringsbetingede og stofskiftesygdomme, fx sukkersyge, fedme	1
Psykiske lidelser	24
Sygdomme i nervesystemet, fx epilepsi, migræne, lammelse	2
Sygdomme i øjet	1
Sygdomme i øret	0
Sygdomme i kredsløbsorganer, fx hjerte- og karsygdomme	5
Sygdomme i åndedrætsorganer, fx astma, lungebetændelse	1
Sygdomme i fordøjelsesorganer	2
Hudsygdomme	1
Bevægeapparat, fx sygdomme i ryg, nakke og knæ	25
Sygdomme i urin- og kønsorganer	1
Læsioner, forgiftninger og følger af ydre påvirkninger, fx piskesmæld, hjernerystelse, brud på rygsøjle	15
Kan ikke kategoriseres og under afklaring/udredning	10
Flere diagnoser	7
I alt	100
Antal	789

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data.

DIAGNOSE OG TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDE

For sygemeldte med forskellige diagnoser viser tabel 10.3 andelen af sygemeldte, som var i arbejde på interviewtidspunktet eller har været i

arbejde efter sygemeldingen. I forhold til tabel 10.2 har vi slået nogle af de små diagnosegrupper sammen for at opnå et tilstrækkeligt datagrundlag til at foretage en opdeling efter, om de sygemeldte har været i arbejde.

TABEL 10.3

Langvarigt sygemeldte, som kommer i arbejde. Særsilt for (første) diagnose, 2006. Procent.

Diagnose	Andel i arbejde	Antal
Svulster (kræft)	80	35
Psykiske lidelser	68	127
Sygdomme i sanser og nervesystem	41	17
Sygdomme i kredsløbsorganer, fx hjerte- og karsygdomme	46	31
Sygdomme i fordøjelsesorganer m.v.	43	12
Bevægeapparat, fx sygdomme i ryg, nakke og knæ	45	120
Læsioner, forgiftninger og følger af ydre påvirkninger, fx piskesmæld, hjernerystelse, brud på rygsøjle	66	72
Øvrige diagnoser, kan ikke kategoriseres og under afklaring/udredning	55	71
Flere diagnoser	64	33
I alt	58	518

Anm: Tabellen bygger på vægtede data. Tabellen omfatter både sygemeldte lønmodtagere og ledige. Chi2-test viser, at der er signifikant forskel mellem sygemeldte i de forskellige diagnosegrupper ($p < 0,05$).

Der er væsentlig forskel på andelen af sygemeldte, som kommer i arbejde, i de forskellige diagnosekategorier. Der er således kun 40-46 pct. af sygemeldte med sygdomme i sanser og nervesystem, i fordøjelsesorganer, i bevægeapparatet og med sygdomme i kredsløbsorganer, som kommer i arbejde.³⁰ I modsætning hertil er 80 pct. af de sygemeldte med svulster kommet i arbejde. Personer, som er sygemeldt med en psykisk lidelse (68 pct.), med læsioner og forgiftninger mv. (66 pct.), og sygemeldte med flere diagnoser (64 pct.) kommer også forholdsvis ofte i arbejde. En varighedsanalyse, hvor der ud over diagnose samtidig tages hensyn til en række baggrundsforhold, bekræfter, at sygemeldte med svulster, psykiske lidelser, læsioner og forgiftninger

30. Der er meget stor usikkerhed forbundet med beskæftigelsesandelene for personer med sygdomme i sanser og nervesystem og sygdomme i fordøjelsesorganer, fordi antallet af personer i disse kategorier er meget begrænset.

mv., og sygemeldte med flere diagnoser har en markant større sandsynlighed for at komme i arbejde end personer med sygdomme i bevægeapparatet (se tabel B10.1 i Bilag til kapitel 10).

Konklusionen er med andre ord, at der er en markant sammenhæng mellem diagnose, og om de sygemeldte kommer i arbejde. I kapitlets sidste to afsnit går vi et skridt videre, idet vi bl.a. foretager en lidt mere detaljerede opdelinger af diagnoserne og ser nærmere på, hvad der sker, når vi også inddrager sygemeldte uden en lægelig diagnose i analysen.

SYGEMELDTE MED STRESS KOMMER OFTE I ARBEJDE

I de store diagnosegrupper, psykisk lidelse og bevægeapparatlidelse, har vi foretaget en mere detaljeret inddeling, hvor vi har udskilt tre undergrupper for bevægeapparat (ryglidelser, slidgigt og andre ledsygdomme, sygdomme i muskler og led) og to for psykiske lidelser (nervøse og stressrelaterede tilstande, skizofreni og psykoser).

Sygemeldte med en psykisk lidelse kommer som nævnt ofte i arbejde. Blandt disse personer er det især personer med nervøse og stressrelaterede tilstande, som har en meget høj sandsynlighed for at komme i arbejde. I denne gruppe kommer 83 pct. af de sygemeldte i arbejde mod 65 pct. blandt sygemeldte med skizofreni og psykoser (depressioner). Blandt personer, som er sygemeldt med andre diagnoser end nervøse og stressrelaterede tilstande kommer kun 56 pct. i arbejde.

Når det gælder sygemeldte med bevægeapparatlidelser, er der ikke væsentlig forskel på, hvor ofte personer i de tre diagnosekategorier (ryglidelser, slidgigt og andre ledsygdomme, sygdomme i muskler og led) kommer i arbejde.

I en tidligere undersøgelse, som byggede på sygemeldtes egne oplysninger om diagnose, fandt vi, at sygemeldte med psykisk sygdom/problemer sjældent kommer i arbejde hos den arbejdsgiver, som de blev sygemeldt fra, men til gengæld ofte kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver (Høgelund et al., 2003). Vi fandt omvendt, at personer med sygdom i bevægeapparatet sjældent kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver, men ofte hos sygemeldingsarbejdsgiveren. En varighedsanalyse (ikke vist) understøtter det første resultat men ikke det andet. Vi finder således, at sygemeldte med en psykisk diagnose oftere kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver end sygemeldte med sygdom i

bevægeapparatet. Der er derimod ikke forskel på, hvor ofte de to diagnosegrupper kommer i arbejde hos sygemeldingsarbejdsgiveren.

Analysen viser også, at årsagen til, at sygemeldte med svulster har en stor chance for at komme i arbejde (se tabel B10.1 i Bilag til kapitel 10), først og fremmest skyldes, at de har en meget stor sandsynlighed for at vende tilbage til den gamle arbejdsgiver.

SYGEMELDTE UDEN LÆGELIG DIAGNOSE

Af tabel 10.3. kan det ses, at der alt i alt er 58 pct. af de sygemeldte med en lægelig diagnose, som har været i arbejde efter sygemeldingen. Det er en væsentlig lavere andel end blandt sygemeldte uden en diagnose, hvor 86 pct. har været i arbejde efter sygemeldingen. Denne forskel skyldes formodentlig, at alvorlige sygdomme ofte bliver diagnosticeret og ofte indebærer, at de sygemeldte ikke kommer i arbejde. Det, at sager uden en lægelig diagnose er forholdsvis ”lette”, kan muligvis ændre på sammenhængen mellem diagnose og tilbagevenden til arbejde. Hvis sygemeldte uden oplyst diagnose ofte har bestemte sygdomsårsager og særligt ofte kommer i arbejde, vil sygdomsårsag/diagnose få en anden betydning for tilbagevenden til arbejde, når alle langvarigt sygemeldte indgår i en analyse af denne årsagssammenhæng, end hvis kun personer med en lægelig diagnose indgår.

For at belyse betydningen af dette forhold har vi – for personer uden en lægelig diagnose – inddraget de sygemeldtes egne oplysninger om sygdomsårsag, som de oplyser kommunen om på det oplysnings-skema, de sender til kommunen inden første opfølgningssamtale. Disse tekstbeskrivelser er omkodet til de samme slags diagnosekoder som de lægelige diagnoser. Sammenlignet med fordelingen på diagnoser blandt sygemeldte med en lægelig diagnose er der blandt dem uden en lægelig diagnose færre sygemeldte, som har flere ”diagnoser” (3 pct. mod 7 pct.) og lidt flere med sygdomme i fordøjelsesorganer m.v. (5 pct. mod 3 pct.).

Når sygemeldte uden en lægelig diagnose inddrages i analysen, svækker det sammenhængen mellem sygemeldingsårsag (”diagnose”) og tilbagevenden til arbejde – der er færre ”diagnosekategorier”, som skiller sig ud. Hvor vi i analysen blandt sygemeldte med oplyst diagnose fandt, at sygemeldte med svulster, psykiske lidelser, læsioner, forgiftninger mv, og sygemeldte med flere diagnoser alle havde større chance for at komme i arbejde end sygemeldte med en bevægeapparatlidelse (se B10.1

i Bilag til kapitel 10) er det nu kun sygemeldte med svulster og en psykisk lidelse, som har signifikant højere sandsynlighed for at komme i arbejde end sygemeldte med lidelser i bevægeapparatet (se tabel B10.2 i Bilag til kapitel 10). Dette resultat kan skyldes, at sygemeldte uden en diagnose gennemgående har en stor chance for at komme i arbejde uanset hvilke helbredsproblemer de er sygemeldt med.

KONKLUSION

To tredjedel af undersøgelsens sygemeldte fra datamaterialet i 2006 har en oplyst lægelig diagnose. Heraf er lidt mindre end to tredjedele enten sygemeldt på grund af sygdomme i bevægeapparat (25 pct.), psykiske lidelser (24 pct.) eller på grund af læsioner og forgiftninger mv. (15 pct.).

Der er sammenhæng mellem diagnoser, og om de sygemeldte kommer i arbejde. Sygemeldte med svulster, psykiske lidelser, læsioner og forgiftninger mv., og sygemeldte med flere diagnoser har en markant større sandsynlighed for at komme i arbejde end personer med sygdomme i bevægeapparatet.

Blandt sygemeldte med psykiske lidelser har personer med nervøse og stressrelaterede tilstande en meget høj sandsynlighed for at komme i arbejde. I denne gruppe kommer 83 pct. af de sygemeldte i arbejde mod 56 pct. blandt andre sygemeldte. Sygemeldte med en psykisk lidelse kommer ofte i arbejde hos en ny arbejdsgiver.

Kapitlets analyser viser også, at baggrunden for, at sygemeldte med svulster har en stor chance for at komme i arbejde først og fremmest er, at de har en meget stor sandsynlighed for at vende tilbage til sygemeldingsarbejdsgiveren.

Når vi inddrager den tredjedel af de sygemeldte, som ikke har en lægelig diagnose svækker det sammenhængen mellem sygemeldingsårsag/diagnose og tilbagevenden til arbejde. Der nu kun to grupper, som skiller sig ud: sygemeldte med svulster og med psykiske lidelser, som har en større chance for at komme i arbejde end sygemeldte med en bevægeapparatlidelse.

BILAG

BILAG TIL KAPITEL 3

UNDERSØGELSENS DATAMATERIALE

En del af formålet med denne rapport er at undersøge betydningen af kommuners administrative håndtering af langvarige sygedagpengesager før og efter lovændringen. Dette bliver muligt ved at gentage en tidligere undersøgelse af kommuners administrative håndtering af langvarige sygedagpengesager fra 2002 (Høgelund et al., 2003). Undersøgelsen fra 2002 bygger på oplysninger om og fra personer fra i alt 52 kommuner, som har afsluttet et sygeforløb på mere end 8 uger. For at kunne isolere betydningen af kommuners administrative håndtering af langvarige sygedagpengesager blev der i 2006 indsamlet tilsvarende oplysninger om og fra personer, som har oplevet langvarige sygeforløb, og som på sygemeldingstidspunktet var bosiddende i de kommuner, som indgik i undersøgelsen i 2002.

UDVÆLGELSE AF SYGEDAGPENGESAGER

I 2002 udvalgte vi et antal sygedagpengesager, som var afsluttet i perioden august 2001 til og med februar 2002. For at sikre at sagerne var repræsentative for sager over hele landet i den givne periode, blev sagerne udvalgt med en stratificeret tilfældig udvælgelsesmetode. Vi dannede 8 strata på baggrund af kommunernes geografiske placering og

antal længerevarende sygedagpengesager. Først udvalgte vi 52 kommuner tilfældigt inden for de 8 strata, og derefter udvalgte vi sygedagpengesager tilfældigt inden for hver af de 52 kommuner. De 52 kommuners fordeling efter landsdele og antal afsluttede sygedagpengesager af mere end 8 ugers varighed kan ses i tabel B3.1.

TABEL B3.1

Kommuner, som deltager i undersøgelsen ved at udlevere administrative registreringsoplysninger om afsluttede langvarige sygedagpengesager i perioden 1.8.2001-28.2.2002. Opdelt efter landsdele og afsluttede sygedagpengesager af mere end 8 ugers varighed i perioden. Antal.

Antal afsluttede langvarige sager pr. kommune i perioderne	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
4-176 sager		11	3	17	31
177-633 sager		7	2	7	16
634 eller flere sager	2			3	5
I alt	2	18	5	27	52

2002-datamaterialets brutto-udvalg udgøres af 2.580 sygedagpengesager. Af brutto-udvalget frasorterede vi 513 personer, fordi de ikke havde telefon, var døde, udvandret eller af anden grund ikke kunne kontaktes. De tilbageværende 1.967 udgør periodens netto-udvalg. Heraf opnåede SFI-Survey interview med 1.606. Det giver en opnåelsesprocent på 82 (netto-udvalg).

I 2006-datamaterialet medvirker 39 af de oprindelige 52 kommuner på principielt samme måde som i 2002. Otte kommuner, som deltog i 2002, har frabedt sig at medvirke igen. Fire kommuner udfyldte ikke registreringsark med oplysninger om de udvalgte sygedagpengemodtageres sager i 2002, og en bornholmsk kommune er i mellemtiden blevet sammenlagt med de øvrige bornholmske kommuner. Et antal af de 39 kommuner har indvilget i at deltage i undersøgelsen, men på betingelse af, at de udfylder færre registreringsark, end de gjorde i 2002. De 39 kommuner har således givet tilsagn om at udfylde i alt 1.400 registreringsark for langvarige sygedagpengesager.

Da vi i denne rapport ønsker at belyse udviklingen mellem 2002 og 2006, har vi kun medtaget sygedagpengesager fra de 39 kommuner, som medvirkede i både 2002 og i 2006. I tabel B3.2 ses fordelingen af kommuner efter landsdele og antal afsluttede sygedagpengesager af mere end 8 ugers varighed for både 2002 og 2006.

BILAGSTABEL B3.2

Kommuner, som deltager i undersøgelsen ved at udlevere administrative registreringsoplysninger om afsluttede langvarige sygedagpengesager i perioderne 1.8.2001-28.2.2002 og 1.1.2006-31.7.2006. Opdelt efter landsdele og afsluttede sygedagpengesager af mere end 8 ugers varighed i perioderne.

Antal afsluttede langvarige sager pr. kommune i perioderne	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
År 2002					
4-176 sager	0	9	3	10	22
177-633 sager	0	7	2	4	13
634 eller flere sager	2	0	0	2	4
I alt 2002	2	16	5	16	39
År 2006					
4-176 sager	0	5	3	7	15
177-633 sager	0	8	2	6	16
634 eller flere sager	2	3	0	3	8
I alt 2006	2	16	5	16	39

I tabel B3.2 ses det, at de 39 kommuner i 2002 fordeler sig på 8 celler i tabellen, også kaldet 8 strata. Kigger vi på de 39 kommuner i 2006 ses det, at de fordeler sig på 9 strata. Grunden til forskellen mellem 2002- og 2006-datamaterialet er, at kommunerne har forskelligt antal langvarige sager i 2002 og 2006.

I tabel B3.2. ses fordelingen af populationen af kommuner i henholdsvis 2002 og 2006 på landsdele og antal afsluttede langvarige sygedagpengesager.

TABEL B3.3

Fordelingen af de 235 kommuner fra perioden 1.8.2001-28.2.2002 og fordelingen af de 240 kommuner fra perioden 1.1.2006-31.7.2006.

Opdelt efter landsdele og antal afsluttede sygedagpengesager af mere end 8 ugers varighed.

Antal afsluttede langvarige sager pr. kommune i perioderne	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
År 2002					
4-176 sager	0	60	26	94	180
177-633 sager	0	22	3	24	49
634 eller flere sager	2	0	0	4	6
I alt 2002	2	82	29	122	235
År 2006					
4-176 sager	0	42	25	77	144
177-633 sager	0	34	4	38	76
634 eller flere sager	2	9	1	8	20
I alt 2006	2	85	30	123	240

I tabel B3.3 ses det, at populationen af kommuner i 2002 fordeler sig inden for de 8 strata, inden for hvilke de i undersøgelsen medvirkende kommuner er udvalgt. Populationen af kommuner er imidlertid anderledes i 2006. Her fordeler kommunerne sig inden for 10 strata. Spørgsmålet om antallet af strata og kommunernes fordeling inden for strata er relevant i forbindelse med repræsentativitetsspørgsmål, hvilket beskrives nærmere i afsnittet om vægtning.

På tværs af de 39 kommuner har vi udvalgt 1.504 sygedagpengesager fra 2002 og 1.400 sygedagpengesager fra 2006. I tabel B3.4 ses fordelingen af de udvalgte sygedagpengesager.

TABEL B3.4

Antal afsluttede langvarige sygedagpengesager i perioderne 1.8.2001-28.2.2002 og 1.1.2006-31.7.2006 udvalgt i de 39 kommuner. Opdelt efter landsdele og afsluttede sygedagpengesager af mere end 8 ugers varighed i perioden.

Antal afsluttede langvarige sager pr. kommune i perioderne	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
År 2002					
4-176 sager	0	255	79	283	617
177-633 sager	0	369	83	163	615
634 eller flere sager	124	0	0	148	272
I alt 2002	124	624	162	594	1.504
År 2006					
4-176 sager	0	110	82	180	372
177-633 sager	0	244	85	172	501
634 eller flere sager	126	172	0	229	527
I alt 2006	126	526	167	581	1.400

De 1.504 og 1.400 medvirkende sager fra henholdsvis 2002-undersøgelsen og 2006-undersøgelsen er udvalgt simpelt tilfældigt blandt kommunernes afsluttede langvarige sager i hver af perioderne 1.8.2001-28.2.2002 og 1.1.2006-31.7.2006. De 1.504 og 1.400 sager kan give et billede af samtlige langvarige sager i hele landet, hvoraf der i perioden 1.8.2001-28.2.2002 var 44.694, og i perioden 1.1.2006-31.7.2006 var 64.408. Fordelingen af samtlige langvarige sager i de to perioder efter landsdele og efter kommunernes antal langvarige sager kan ses i tabel B3.5.

TABEL B3.5

Antal afsluttede sygedagpengesager af mere end 8 ugers varighed i perioderne 1.8.2001-28.2.2002 og 1.1.2006-31.7.2006. Opdelt efter landsdele og antal langvarige sager i perioden.

Antal afsluttede langvarige sager pr. kommune i perioderne	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
År 2002					
4-176 sager		5.904	1.996	9.020	16.920
177-633 sager		7.605	845	8.164	16.614
634 eller flere sager	5.440			5.720	11.160
I alt 2002	5.440	13.509	2.841	22.904	44.694
År 2006					
4-176 sager		4.582	2.531	8.650	15.763
177-633 sager		10.897	1.340	10.449	22.686
634 eller flere sager	6.360	6.314	2.393	10.892	25.959
I alt 2006	6.360	21.793	6.264	29.991	64.408

I tabel B3.6 ses udvalgsprocenten særskilt for 2002 og 2006. Udvalgsprocenten er udregnet som forholdet mellem antallet af sager udvalgt i hvert stratum og antallet af sager i populationen i pågældende stratum.

TABEL B3.6

Udvalgsprocent i de 39 kommuner. Fordelt på landsdele og efter kommuners antal langvarige sygedagpengesager i perioderne 1.8.2001-28.2.2002 og 1.1.2006-21.7.2006. Udvalgsprocent er beregnet fra tabel B3.4 og B.3.1.

Antal afsluttede langvarige sager pr. kommune i perioderne	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
År 2002					
4-176 sager		4,32	3,96	3,14	3,65
177-633 sager		4,85	9,82	1,20	3,70
634 eller flere sager	2,28			2,59	2,44
I alt 2002	2,28	4,62	5,70	2,59	3,37
År 2006					
4-176 sager		2,40	3,24	2,08	2,36
177-633 sager		2,24	6,34	1,65	2,21
634 eller flere sager	1,98	2,27		2,10	2,03
I alt 2006	1,98	2,41	2,67	1,94	2,17

SPØRGESKEMAOPLYSNINGER OM SYGEMELDTE

I udgangspunktet er 1.504 og 1.400 langvarige sygedagpengesager fra henholdsvis 2002 og 2006 udvalgt til interview. Af disse har SFI-Survey opnået interview med 1.213 (2002) og 993 (2006). Dette giver opnåelsesprocenter på 81 (2002) og 71 (2006). Fordelingen af sygedagpengemodtagere, som er opnået interview med, på landsdele og efter kommunernes belastning med langvarige sager kan ses i tabel B3.7.

TABEL B3.7

Antal opnåede interview med langvarige sygemeldte i 39 kommuner.
Opdelt på landsdele og efter kommuners antal langvarige
sygedagpengesager i perioderne 1.8.2001-28.2.2002 og 1.1.2006-
21.7.2006.

Antal afsluttede langvarige sager pr. kommune i perioderne	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
År 2002					
4-176 sager		216	71	232	519
177-633 sager		299	70	133	502
634 eller flere sager	79			113	192
I alt 2002	79	515	141	478	1.213
År 2006					
4-176 sager		90	61	134	285
177-633 sager		176	64	103	343
634 eller flere sager	73	124		168	365
I alt 2006	73	390	125	405	993

I tabel B3.8 ses opnåelsesprocenten i de 39 kommuner fordelt på landsdele og efter kommuners antal langvarige sygedagpengesager. Opnåelsesprocenten udtrykker dels, hvor stor sandsynlighed der har været for at udvælge en sag fra en af bilagstabellens celler, og dels, hvor mange interview der er opnået i hver af cellerne. Af tabellen ses det fx, at der i 2002-datamaterialet er en lav opnåelsesprocent i kommuner med 634 eller flere sager. Dette udtrykker således, at der gennemgående er både en lav udvalgsandsynlighed og en lav opnåelsesprocent i disse kommuner.

TABEL B3.8

Opnåelsesprocent i de 39 kommuner, Fordelt på landsdele og efter kommuners antal af langvarige sygedagpengesager i perioderne 1.8.2001-28.2.2002 og 1.1.2006-21.7.2006. Opnåelsesprocenten udregnes fra tabel B3.6 og B3.1.

Antal afsluttede langvarige sager pr. kommune i perioderne	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
År 2002					
4-176 sager		3,66	3,56	2,57	3,07
177-633 sager		3,93	8,28	1,63	3,02
634 eller flere sager	1,45			1,98	1,72
I alt 2002	1,45	3,81	4,96	2,09	2,71
År 2006					
4-176 sager		1,96	2,41	1,55	1,81
177-633 sager		1,62	4,78	0,99	1,51
634 eller flere sager	1,15	1,96		1,54	1,41
I alt 2006	1,15	1,79	1,20	1,35	1,54

SPØRGESKEMAOPLYSNINGER OM KOMMUNERNES SAGSBEHANDLING

I december 2002 fik 52 kommuner tilsendt et lille spørgeskema om deres sagsbehandling af de udvalgte 1.967 sager. Kommunerne besvarede i alt 1.739 skemaer, hvilket svarer til en opnåelsesprocent på 88. Frasorteres de besvarelser, som stammer fra andre kommuner end de 39 kommuner, som har tilkendegivet deres interesse i at deltage i interviewrunden 2006, har vi 1.431 besvarede skemaer.

I oktober 2006 fik de 39 kommuner tilsendt et tilsvarende spørgeskema om deres sagsbehandling af de 1.400 sager. Kommunerne besvarede 1.245 skemaer, hvilket svarer til en opnåelsesprocent på 89.³¹

31. Nogle kommuner havde på grund af kommunesammenlægninger og etablering af nye jobcentre ikke ressourcer til at besvare skemaerne. I disse kommuner besvarede SFI skemaerne på grundlag af journaloplysninger.

SPØRGESKEMAOPLYSNINGER OM KOMMUNERNES ADMINISTRATION

I marts 2002 blev 52 kommuner bedt om at besvare et spørgeskema om kommunens administrative politik på sygedagpengeområdet. Ballerup kommune, som på daværende tidspunkt behandlede sygedagpengesager to forskellige steder, fik tilsendt to skemaer, mens Københavns kommune, som på daværende tidspunkt behandlede sygedagpengesager i 14 servicecentre, fik tilsendt 14 skemaer. I alt blev der udsendt 66 skemaer, og der kom svar fra 62 kommuner og centre, hvilket giver en svarprocent på 94. Frasorteres de besvarelser, som stammer fra andre kommuner end de 39 kommuner, som har tilkendegivet deres interesse i at deltage i interviewrunden 2006, har vi besvarelser fra alle 53 kommuner eller centre.

Tilsvarende blev de 39 kommuner i april 2006 bedt om at besvare et spørgeskema om kommunens administrative politik på sygedagpengeområdet. Heraf besvarede 38 kommuner skemaerne, hvilket giver en svarprocent på 97.

VÆGTNING

For at tilstræbe, at sygedagpengesagerne fra 2002- og 2006-datamaterialet er repræsentative for sygedagpengesager i populationerne af kommuner i 2002 og 2006 med hensyn til geografisk beliggenhed og antal langvarige sygedagpengesager, har vi vægtet for forskelle i udvalgssandsynlighed og opnåelsesprocent. Det er sket i tre trin. Først har vi vægtet de opnåede interview i hver af de udvalgte kommuner op mod antal langvarige sygedagpengesager i den pågældende kommune ($\text{vægt1} = \text{antal sygedagpengesager i kommunen} / \text{antal opnåede interview i kommunen}$). Dernæst har vi vægtet de opnåede interview i hvert stratum (dvs. i hver af tabel B3.7's celler) op mod antal langvarige sygedagpengesager i det pågældende stratum ($\text{vægt2} = \text{antal sygedagpengesager i stratum} / \text{antal opnåede interview i stratum}$). For at gøre det muligt at anvende analysemetoden multi-level til at undersøge forskelle mellem 2002 og 2006 har vi valgt at lave vægtene på baggrund af de 8 strata, som findes i 2002-datamaterialet. Det betyder, at de sygedagpengesager, som i 2006-datamaterialet befinder sig i det 9. stratum, er flyttet over i det stratum, de ligger tættest på. Det vil helt konkret sige, at de sygedagpengesager, som kommer fra kommuner på det øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm, og som har 634 eller flere sager, bliver repræsentanter for

sager i den samme landsdel og for sager i kommuner med mellem 177 og 633 sager. Den samlede vægt, som sygedagpengesagerne i hver kommune tildeles, har vi beregnet som produktet af de to vægte (vægt1 * vægt2). Denne vægt opregner 2002-datamaterialet til populationen af sygedagpengemodtagere i 2002 på 44.694 og tilsvarende for 2006-datamaterialet til populationen på 64.408.

BILAG TIL KAPITEL 5

TABEL B5.1

Kommunale lederes vurdering af, på hvilken måde forvaltningen indhenter oplysninger om den sygemeldte, når forvaltningen modtager en ny sygedagpengesag, særskilt for år 2002 og 2006. Procent.

		Ja, altid	Ja, ofte	Ja, af og til	Nej, sjæl- dent/ aldrig	Total	Antal
Klient tilsendes et spørgeskema	2002	10	35	11	44	100	34
(oplysningsskema)	2006	96	0	4	0	100	36
Oplysninger indhentes ved, at klienten kontaktes telefonisk	2002	4	63	22	11	100	35
	2006	7	40	43	10	100	35
Klienten anmodes om at deltage i et møde i forvaltningen	2002	17	42	20	21	100	35
	2006	16	42	39	3	100	33
Klienten anmodes om at fremsende lægeerklæring	2002	32	52	4	12	100	35
	2006	4	37	45	14	100	34
Forvaltningen indhenter oplysninger fra klientens praktiserende læge, sygehus eller speciallæge	2002	12	55	24	9	100	35
	2006	20	56	21	3	100	36
Oplysninger indhentes fra Arbejdsmarkedsportalen ¹	2002	-	-	-	-	-	-
	2006	2	6	7	85	100	35

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data. Chi²-test viser, at der er signifikant forskel mellem 2002 og 2006 på spørgsmålene: "Klient tilsendes et spørgeskema" og "Klienten anmodes om at fremsende lægeerklæring" (p<0,05).

1. Spørgsmålet er kun stillet i spørgeskemaundersøgelsen fra 2006.

TABEL B5.2

Visitationskategoriers betydning for sagers varighed, 2006.

Betakoefficienter.

	Beta	Standardfejl	Signifikanstest
Kategori 1 (ref.)	•	•	
Kategori 2	1,084	0,200	*
Kategori 3	1,189	0,238	*
Psykisk lidelse (ref.)	•	•	
Fysisk lidelse	0,169	0,176	
Anden lidelse	0,069	0,392	
Kvinde (ref.)	•	•	
Mand	-0,029	0,169	
Alder	0,051	0,110	
Uddannelse	-0,046	0,068	
Erhvervserfaring	-0,078	0,107	
Ledig (ref.)	•	•	
Lønmodtager	-0,238	0,315	
Enlig (ref.)	•	•	
Samlevende	0,107	0,187	

Anm.: Analysemetode: Ordinal logistisk regression. * signifikant med $p < 0,05$.

TABEL B5.3

Visitationskategoriers betydning for, om sygemeldte bliver afskediget under sygemelding, 2006. Betakoefficienter.

	Beta	Standardfejl	Signifikanstest
Kategori 1 (ref.)	•	•	
Kategori 2	0,775	0,240	*
Kategori 3	0,316	0,330	
Psykisk lidelse (ref.)	•	•	
Fysisk lidelse	-0,670	0,230	*
Anden lidelse	-0,316	0,507	
Kvinde (ref.)	•	•	
Mand	0,223	0,226	
Alder	0,257	0,147	
Uddannelse	-0,351	0,108	*
Erhvervserfaring	-0,291	0,129	*
Enlig (ref.)	•	•	
Samlevende	-0,284	0,234	

Anm.: Analysemetode: Logistisk regression. * signifikant med $p < 0,05$.

BILAG TIL KAPITEL 9

MERE OM METODEN

Ud over metodediskussionen i kapitel 9 vil vi pege på to andre forhold, som kan påvirke analysens resultater. For det første er der et potentielt problem, som udspringer af dataindsamlingens design. Undersøgelsen omfatter sygedagpengesager med en varighed på mere end 8 uger. Det betyder, at de sygemeldte tidligst kan komme i arbejde i den tredje måned, efter de blev sygemeldt, mens de kan have været til opfølgningssamtale i den første eller anden måned. Hvis opfølgningssamtaler har en positiv beskæftigelseseffekt, og denne effekt virker med det samme, betyder det, at der vil være sygemeldte, som kommer til samtale og i arbejde inden den tredje måned. Disse personer er derfor ikke med i datamaterialet. Det kan betyde en "skævhed" i datamaterialet, hvis samtaler fx har en større effekt for "stærke" end "svage" sygemeldte. De "svage" vil være overrepræsenteret i data, fordi de "stærke" er kommet i arbejde inden den tredje måned. Hvis effekten er større for "stærke" end "svage" sygemeldte, kan den effekt, som vi kan måle i vores data, derfor undervurdere den sande effekt (og vice versa). Tilstedeværelsen af den sektionsbias forudsætter med andre ord, at opfølgningssamtaler har en umiddelbar beskæftigelseseffekt, og at størrelsen af denne effekt er forskellig for forskellige grupper af sygemeldte.

For det andet kan vores måling af, om opfølgningssamtaler har en beskæftigelseseffekt i samme måned, som samtalerne holdes, undervurdere den sande effekt. Effekten måles ved i en given måned at sammenligne sygemeldte, som kommer til samtale, med sygemeldte, som ikke kommer til samtale. Samtalerne vil have en positiv beskæftigelseseffekt, hvis de, der kommer til samtale, oftere kommer i arbejde i den pågældende måned end sygemeldte, som ikke har været til samtale. Når vi måler, om samtalerne har en beskæftigelseseffekt i samme måned, som samtalerne afholdes, indebærer det, at vi undervurderer effekten, fordi en sygemeldt, som fx kommer til samtale den 14. i måneden, pr. definition ikke kan være kommet i arbejde før den 14. I dette tilfælde vil den sygemeldte, som kommer til samtale, kun have haft mulighed for at komme i arbejde i en halv måned, mens en sygemeldt, som ikke har været til samtale, har mulighed for at komme i arbejde hele måneden. Dette er imidlertid ikke et problem, når vi

beregner, om samtalerne forøger chancen for at komme i arbejde i en af de efterfølgende måneder.

BILAGSTABELLER MED ANALYSERESULTATER

Tabel B9.3 og B9.4 viser resultaterne af en stykvis konstant hazard rate-model med random effects. Analysen bygger på data fra både 2002 og 2006, og varigheden til første opfølgningssamtale og til, at de sygemeldte kommer i arbejde, er estimeret på en gang.

De uobserverede effekter er estimeret med to ”mass points”, hvilket betyder, at vi tillader, at der er to grupper af sygemeldte. En gruppe er referencegruppe. Den anden gruppe kan fx have en stor chance for at komme i opfølgningssamtale og lille chance for at komme i arbejde.

Modellen tillader kun, at nogle af de forklarende variable har forskellig virkning i 2002 og 2006, fx antager vi, at køn har samme effekt i de to år. Da disse restriktioner kan påvirke den beregnede effekt af opfølgningssamtaler, har vi estimeret modellen separat for henholdsvis 2002 og 2006. I disse modeller finder vi stort set samme effekt af opfølgningssamtaler, se tabel B9.5 og B9.6.

TABEL B9.1

Langvarigt sygemeldte fordelt efter forskellige baggrundskarakteristika i 2002 og 2006. Procent.

	2002	2006
Køn		*
Mand	40	36
Kvinde	60	64
Samlivsstatus		
Enlig	24	26
Samlevende	76	74
Erhvervsuddannelse*		
Ingen	36	30
Faglig	42	41
Videregående	22	29
Arbejdsmarkedsstatus inden sygemeldingen		
Lønmodtager	93	93
Arbejdsløs	7	7
Diagnose*		
Psyisk	18	29
Bevægeapparat	42	39
Andet	40	32
Hvordan fordeles nye indgående sygedagpengesager blandt forvaltningens opfølgingsmedarbejdere? ¹ *		
Automatisk fordeling	75	61
Fordeling efter individuel vurdering af sagerne	25	39
Har forvaltningen regler om, hvornår der gennemføres en hurtig indsats, der er så klare, at de i princippet kan lade et edb-program afgøre, hvorvidt der skal foretages en hurtig indsats? ²		
Ja	7	4
Nej	93	96
Opfølgningen sker (væsentligt) hurtigere, end lovgivningen påbyder, i sager med psykisk diagnose, fx depression?*		
Ja	66	34
Nej	34	66
Været til opfølgningssamtale?*		
Ja	58	81
Nej	42	19
Været i arbejde i løbet af undersøgelsesperioden?		
Ja	75	75
Nej	25	25
Procentgrundlag	636	457

Anm.: Tabellen bygger på uvægtede data. * angiver, at der er signifikant forskel på fordelingen af den pågældende variabel mellem de to år ($p < 0,05$).

1. Procentgrundlag: 598 (2002) og 400 (2006). 2. Procentgrundlag: 588 (2002) og 457 (2006).

TABEL B9.2

Gennemsnit af forskellige baggrundskarakteristika for langvarigt sygemeldte i 2002 og 2006. Procent.

	2002	2006
Alder	40,7	41,5
Erhvervserfaring (antal år)*	15,2	16,8
Antal besøg hos egen læge året inden sygemeldingen	7,9	8,5
Antal besøg hos speciallæge året inden sygemeldingen	0,7	0,9
Amtslig arbejdsløshedsprocent, 3-6 måneder*	5,0	5,2
Amtslig arbejdsløshedsprocent, 7-12 måneder*	4,8	4,6
Amtslig arbejdsløshedsprocent, 13-18 måneder*	4,8	4,1
Varighed indtil samtale (måneder) ¹	2,8	2,6
Varighed indtil tilbagevenden til arbejde (måneder) ^{2*}	5,5	7,4
Procentgrundlag	636	457

Anm.: Tabellen bygger på uvægtede data. * angiver, at der er signifikant forskel på fordelingen af den pågældende variabel mellem de to år ($p < 0,05$).

1. Beregnet blandt sygemeldte, som har været til samtale.

2. Beregnet blandt sygemeldte, som har været i arbejde.

TABEL B9.3

Varighedsmodel for langvarigt sygemeldtes deltagelse i opfølgningssamtaler i 2002 og 2006.

	Estimat	Standardfejl	P-værdi
År			
2002	•		
2006	1,095	0,323	0,001
Køn			
Mand	•		
Kvinde	0,131	0,151	0,384
Alder	0,004	0,010	0,696
Samlivsstatus			
Enlig	•		
Samlevende	0,261	0,160	0,102
Erhvervsuddannelse			
Ingen	•		
Faglig	-0,076	0,159	0,636
Videregående	-0,340	0,181	0,061
Erhvervs erfaring (antal år)	0,010	0,011	0,372
Diagnose			
Bevægeapparat	•		
Psykisk	-0,172	0,173	0,322
Andet og ved ikke	-0,151	0,161	0,347
Antal besøg hos egen læge året inden sygemeldingen	0,003	0,009	0,741
Antal besøg hos speciallæge året inden sygemeldingen	-0,001	0,025	0,964
Arbejdsmarkedsstatus inden sygemeldingen			
Lønmodtager	•		
Arbejdsløs	0,432	0,262	0,099
Amtslig arbejdsløshedsprocent	0,306	0,070	0,000
Automatisk fordeling af indgående sygedagpengesager. Effekt i 2002 ^{1,2}			
Nej	•		
Ja	-0,591	0,206	0,004
Automatisk fordeling af indgående sygedagpengesager. Effekt i 2006 ^{1,2}			
Nej	•		
Ja	-0,179	0,246	0,466
Regler om, hvornår der gennemføres en hurtig indsats. Effekt i 2002 ^{1,2}			
Nej	•		
Ja	-1,095	0,355	0,002

TABEL B9.3 (FORTSAT)

	Estimat	Standardfejl	P-værdi
Regler om, hvornår der gennemføres en hurtig indsats. Effekt i 2006 ^{1,2}			
Nej	•		
Ja	-0,779	0,526	0,138
Hurtigere opfølgningen i sager med psykisk diagnose, fx depression? Effekt i 2002 ^{1,2}			
Nej	•		
Ja	0,742	0,190	0,000
Hurtigere opfølgningen i sager med psykisk diagnose, fx depression? Effekt i 2006 ^{1,2}			
Nej	•		
Ja	0,210	0,260	0,420
Måned 1	•		
Måned 2	2,384	0,174	0,000
Måned 3-4	2,813	0,255	0,000
Måned 5 og derover	1,521	0,404	0,000
Konstant	-4,848	0,560	0,000
Random effects	-2,720	0,384	0,000
Andel med random effects	0,677		
Antal observationer	1.093		

Anm.: Modellen er estimeret simultant med modellen for de sygemeldtes tilbagevenden til arbejde i tabel B9.4. Tabellen bygger på uvægtede data.

1. Se tabel B9.1 for den præcise formulering af spørgsmålet.

2. Estimat for dummy-variabel, for om sygemeldte fra kommune(r) med manglende oplysninger på denne variabel adskiller sig fra sygemeldte fra andre kommuner, er ikke vist.

TABEL B9.4

Varighedsmodel for langvarigt sygemeldtes tilbagevenden til arbejde i 2002 og 2006.

	Estimat	Standardfejl	P-værdi
År			
2002	•		
2006	0,768	0,374	0,040
Deltagelse i opfølgningssamtale? Effekt i 2002			
Nej	•		
Ja	-0,136	0,186	0,465
Deltagelse i opfølgningssamtale? Effekt i 2006			
Nej	•		
Ja	0,433	0,183	0,018
Køn			
Mand	•		
Kvinde	0,016	0,087	0,855
Alder	-0,031	0,007	0,000
Samlivsstatus			
Enlig	•		
Samlevende	0,034	0,096	0,721
Erhvervsuddannelse			
Ingen	•		
Faglig	0,153	0,095	0,106
Videregående	0,358	0,108	0,001
Erhvervserfaring (antal år)	0,032	0,007	0,000
Diagnose			
Bevægeapparat	•		
Psykisk	-0,042	0,106	0,689
Andet og ved ikke	0,162	0,092	0,078
Antal besøg hos egen læge året inden sygemeldingen	-0,018	0,006	0,002
Antal besøg hos speciallæge året inden sygemeldingen. Effekten i 2002	0,012	0,030	0,701
Antal besøg hos speciallæge året inden sygemeldingen. Effekten i 2006	-0,061	0,027	0,022
Arbejdsmarkedsstatus inden sygemeldingen			
Lønmodtager	•		
Arbejdsløs	-1,211	0,207	0,000
Amtslig arbejdsløshedsprocent. Effekten i 2002	0,087	0,049	0,073
Amtslig arbejdsløshedsprocent. Effekten i 2006	-0,144	0,055	0,009

TABEL B9.4 (FORTSAT)

	Estimat	Standardfejl	P-værdi
Måned 3	•		
Måned 4	-0,257	0,120	0,032
Måned 5	-0,525	0,135	0,000
Måned 6-13	-1,411	0,104	0,000
Måned 14 og derover i 2002	-2,065	0,231	0,000
Måned 14 og derover i 2006	-0,969	0,178	0,000
Konstant	-0,885	0,330	0,007
Random effects	0,526	0,133	0,000
Andel med random effects	0,677		
Antal observationer	1.093		

Anm.: Modellen er estimeret simultant med modellen for de sygemeldtes deltagelse i opfølgningssamtaler i tabel B9.3. Tabellen bygger på uvægtede data.

TABEL B9.5

Varighedsmodel for langvarigt sygemeldte lønmodtageres deltagelse i opfølgningssamtaler i 2002 og 2006.

	2002		2006	
	Estimat	Standardfejl	Estimat	Standardfejl
Automatisk fordeling af indgående sygedagpengesager ^{1,2}				
Nej	•		•	
Ja	-0,555*	0,161	-0,555*	0,161
Regler om, hvornår der gennemføres en hurtig indsats ^{1,2}				
Nej	•		•	
Ja	-0,697*	0,295	-0,697*	0,295
Hurtigere opfølgningen i sager med psykisk diagnose, fx depression? ^{1,2}				
Nej	•		•	
Ja	0,547*	0,150	0,547*	0,150
Køn				
Mand	•		•	
Kvinde	0,130	0,138	0,130	0,138
Alder	-0,001	0,010	-0,001	0,010

TABEL B9.5 (FORTSAT)

	2002		2006	
	Estimat	Standardfejl	Estimat	Standardfejl
Samlivsstatus				
Enlig	•		•	
Samlevende	0,091	0,155	0,091	0,155
Erhvervsuddannelse				
Ingen	•		•	
Faglig	-0,048	0,148	-0,048	0,148
Videregående	-0,271	0,184	-0,271	0,184
Erhvervserfaring (antal år)	0,012	0,012	0,012	0,012
Diagnose				
Psykisk	•		•	
Bevægeapparat	0,221	0,184	0,221	0,184
Andet og ved ikke	-0,081	0,186	-0,081	0,186
Antal besøg hos egen læge året inden sygemeldingen	0,001	0,008	0,001	0,008
Antal besøg hos speciallæge året inden sygemeldingen	0,008	0,037	0,008	0,037
Amtslig arbejdsløshedsprocent	0,204*	0,066	0,204*	0,066
Måned 1	•		•	
Måned 2	1,915*	0,213	1,915*	0,213
Måned 3-4	1,931*	0,214	1,931*	0,214
Måned 5 og derover	-0,162	0,292	-0,162	0,292
Konstant	-4,593*	0,549	-4,593*	0,549
Random effects	0,709*	0,181	0,709*	0,181
Andel med random effects	0,518		0,518	
Antal observationer	636		636	

Anm.: Modellen for 2002 (2006) er estimeret simultant med modellen for de sygemeldtes tilbagevenden til arbejde i 2002 (2006) i tabel B9.4. Tabellen bygger på uvægtede data. * angiver, at effekten er signifikant på et 5-pct.'s niveau ($p < 0,05$).

1. Se tabel B9.1 for den præcise formulering af spørgsmålet.
2. Estimat for dummy-variabel for, om sygemeldte fra kommune(r) med manglende oplysninger på denne variabel adskiller sig fra sygemeldte fra andre kommuner, er ikke vist.

TABEL B9.6

Varighedsmodel for langvarigt sygemeldte lønmodtageres tilbagevenden til arbejde i 2002 og 2006.

	2002		2006	
	Estimat	Standardfejl	Estimat	Standardfejl
Opfølgningssamtale (effekten to perioder efter, at samtalen er afholdt)				
Nej	•		•	
Ja	-0,159	0,272	0,419*	0,203
Køn				
Mand	•		•	
Kvinde	-0,070	0,174	0,124	0,137
Alder	-0,025*	0,013	-0,043*	0,011
Samlivsstatus				
Enlig	•		•	
Samlevende	-0,016	0,219	0,197	0,148
Erhvervsuddannelse				
Ingen	•		•	
Faglig	0,336	0,210	0,152	0,154
Videregående	0,461	0,231	0,576*	0,164
Erhvervs erfaring (antal år)	0,022	0,015	0,048*	0,012
Diagnose				
Psykisk	•		•	
Bevægeapparat	-0,355	0,261	0,063	0,154
Andet og ved ikke	0,111	0,229	0,158	0,161
Antal besøg hos egen læge året inden sygemeldingen	-0,039*	0,010	-0,009	0,009
Antal besøg hos speciallæge året inden sygemeldingen	0,066	0,043	-0,061*	0,028
Amtslig arbejdsløshedsprocent	0,184*	0,077	-0,145*	0,057
Måned 3	•		•	
Måned 4	0,650*	0,320	-0,238	0,203
Måned 5	1,588*	0,766	-0,573*	0,226
Måned 6-13	1,284	0,871	-1,324*	0,168
Måned 14 og derover	0,738	0,893	-0,891*	0,198
Konstant	0,307	0,619	-0,159	0,474
Random effects	-4,140*	0,816	0,250	0,150
Andel med random effects	0,518		0,436	
Antal observationer	636		457	

Anm.: Modellen for 2002 (2006) er estimeret simultant med modellen for de sygemeldtes deltagelse i opfølgningssamtaler i 2002 (2006) i tabel B9.3. Tabellen bygger på uvægtede data. * angiver, at effekten er signifikant på et 5-pct.'s niveau ($p < 0,05$).

BILAG TIL KAPITEL 10

TABEL B10.1

Sygemeldte med oplyst lægelig diagnose. Cox proportional hazard-model for tilbagevenden til arbejde, (n = 425).

	Estimat	Standardafvigelse ¹	P-værdi
Køn			
Mand	•	•	
Kvinde	0,164	0,168	0,328
Alder	-0,032	0,012	0,006
Samlivsstatus			
Enlig	•	•	
Samlevende	0,200	0,170	0,239
Erhvervsuddannelse			
Ingen	•	•	
Faglig	0,090	0,170	0,595
Videregående	0,314	0,191	0,101
Status ved sygemelding			
Lønmodtager	•	•	
Arbejdsløs	-0,960	0,303	0,002
Erhvervserfaring (antal år)	0,019	0,013	0,135
Antal kontakter til egen læge året inden sygemeldingen	-0,006	0,013	0,616
Antal kontakter til speciallæge året inden sygemeldingen	-0,074	0,031	0,016
Diagnose			
Bevægeapparat	•	•	
Svulster	0,755	0,334	0,044
Psykisk lidelse	0,654	0,213	0,002
Sanser og nervesystem	-0,015	0,503	0,977
Hjerte- og karsygdomme mv.	0,126	0,481	0,794
Fordøjelsesorganer	0,274	0,567	0,629
Læsioner, forgiftninger mv.	0,727	0,268	0,007
Øvrige diagnoser, kan ikke kategoriseres, under udredning	0,192	0,273	0,483
Flere diagnoser	0,609	0,305	0,046

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data og omfatter sygemeldte under 56 år. Analysen er stratificeret på kommune.

1. Robuste standardafvigelser.

TABEL B10.2

Cox proportional hazard-model for sygemeldtes tilbagevenden til arbejde. (n = 623).

	Estimat	Standardafvigelse ¹	P-værdi
Køn			
Mand	•	•	
Kvinde	0,119	0,123	0,333
Alder	-0,035	0,009	0,000
Samlivsstatus			
Enlig	•	•	
Samlevende	0,302	0,141	0,032
Erhvervsuddannelse			
Ingen	•	•	
Faglig	0,178	0,148	0,229
Videregående	0,690	0,144	0,000
Status ved sygemelding			
Lønmodtager	•	•	
Arbejdsløs	-0,854	0,280	0,002
Erhvervserfaring (antal år)	0,025	0,009	0,009
Antal kontakter til egen læge året inden sygemeldingen	-0,001	0,009	0,897
Antal kontakter til speciallæge året inden sygemeldingen	-0,089	0,025	0,000
Lægelig diagnose oplyst?			
Ja	•	•	
Nej	0,827	0,132	0,000
Diagnose			
Bevægeapparat	•	•	
Svulster	0,637	0,268	0,017
Psykisk lidelse	0,328	0,167	0,050
Sanser og nervesystem	-0,077	0,364	0,833
Hjerte- og karsygdomme mv.	0,197	0,293	0,502
Fordøjelsesorganer	0,137	0,296	0,643
Læsioner, forgiftninger mv.	0,321	0,220	0,145
Øvrige diagnoser, kan ikke kategoriseres, under udredning	0,242	0,218	0,267
Flere diagnoser	0,393	0,237	0,098

Anm.: Tabellen bygger på vægtede data og omfatter sygemeldte under 56 år. Analysen er stratificeret på kommune.

1. Robuste standard-afvigelser.

LITTERATUR

- Bengtsson, S. (2002): *Bestemmer forvaltningen, om du får førtidspension? – kommunens forvaltningspraksis og tilkendelse af førtidspension*. København: Socialforskningsinstituttet 02:15.
- Beskæftigelsesministeriet (2003). *Analyse af det danske sygefravær*. København: Beskæftigelsesministeriet.
- Bredgaard, T. & Larsen, F. (2006): *Udlicitering af beskæftigelsespolitikken*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Boll, J. & Clausen, T. (2003): *Begrænsning af sygefravær og sikring af de sygemeldtes arbejdsmarkedstilknnytning: Resultater af en kvalitativ undersøgelse i to kommuner*. København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdspapir 4:2003.
- Currie, J. og Madrian, B.C. (1999): Health, health insurance and the labor market. I: Ashenfelter, O. & Card, D. (red.) *Handbook of Labor Economics*, 3C, 3309-3416. Amsterdam: Elsevier.
- Damgaard B. & J. Boll (2007): *Opfølgning på sygedagpenge. Del I. Kommuner, lægers og virksomheders erfaringer med de nye regler*. Socialforskningsinstituttet 07:01
- Dansk Arbejdsgiverforening (2002). *Arbejdsmarkedsrapport 2002. Tema: Sygefravær*. København: Dansk Arbejdsgiverforening.

- Geerdsen, L.P. (2006): Is there a threat effect of labour market programmes? A study of ALMP in the Danish UI system. *Economic Journal*, 116 (513), 738-750.
- Geerdsen, L.P. & Holm, A. (2007): Duration of UI periods and the perceived threat effect from labour market programmes. *Labour Economics*, 14 (3), 639-652.
- Høgelund, J. & Holm, A. (2006a): Case Management Interviews and the Return to Work of Disabled Employees. *Journal of Health Economics*, 25 (3), 500-519.
- Høgelund, J. & Holm, A. (2006b). *The Reservation wage Theory, Vocational Rehabilitation and the Return to Work of Disabled Employees*. København: Socialforskningsinstituttet. Working paper 01:2006.
- Høgelund, J., Filges, T. & Jensen, S. (2003): *Langvarigt sygefravær – Hvad sker der og hvordan går det?* København: Socialforskningsinstituttet 03:20.
- Kivimäki, M., Ferrie, J.E., Hagberg, J., Head, J., Westerlund, H., Vahtera, J. & Alexanderson, K. (2007): Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 915-920.
- Lund, T. & Borg, V. (1999): Work Environment and Self-Rated Health as Predictors of Remaining in Work 5 Years Later Among Danish Employees 39-59 Years of Age. *Experimental Aging Research*, 25, 429-434.
- Regeringen (2003): *Det gør vi ved sygefraværet*. København: Statsministeriet.
Kan downloades fra:
www.stm.dk/Index/mainstart.asp?o=65&n=1&h=4&s=1
- Sørensen, K. & Lunden C. (2001): *Pilotundersøgelse af sygedagpengeforløb med særlig fokus på ventetider og den socialfaglige opfølgnings betydning for fraværperioden*. Århus: Formidlingscenter Aarhus.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2007

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 07:01 Damgaard, B. & Boll, J.: *Opfølgning på sygedagpenge – Del I. Kommuners, lægers, og virksomheders erfaringer med de nye regler*. 2007. 116 s. ISBN 978-87-7487-842-1. Kr. 100,00.
- 07:02 Bach, H.B. & Petersen, K.N.: *Kontanthjælpsmodtagerne i 2006. En surveyundersøgelse af matchkategorier, arbejde og økonomi*. 2007. 146 s. ISBN 978-87-7487-843-8. Kr. 110,00.
- 07:03 Sivertsen, M.: *Hvordan virker indsatsen mod negativ social arv? Gennemgang og analyse af 54 projektevalueringer*. 2007. 55 s. ISBN 978-87-7487-844-5. Kr. 60,00.
- 07:04 Jespersen, S.T., Junge, M., Munk, M.D. & Olsen, P.: *Brain drain eller brain gain? Vandringer af højtuddannede til og fra Danmark*. 2007. 64 s. ISBN 978-87-7487-846-9. Netpublikation.
- 07:05 Benjaminsen, L.: *Storbypuljen – Indsatser for socialt udsatte. Ideer og erfaringer*. 2007. 47 s. ISBN 978-87-7487-847-6. Kr. 60,00. Pjece.
- 07:06 Müller, M.M., Havn, L., Holt, H. & Jensen, S.: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2006*. 2007. 178 s. ISBN 978-87-7487-848-3. Kr. 180,00.

- 07:07 Madsen, M. B., Filges, T., Hohnen, Jensen S. & Nærvig Petersen, K.: *Vil De gerne have et arbejde?* 2007. 194 s. ISBN 978-87-7487-849-0. Kr. 175,00.
- 07:08 Nielsen, C., Benjaminsen, L., Dinesen P. T. & Bonke, J.: *Effektmåling*. 2007. 180 s. ISBN 978-87-7487-850-6. Netpublikation.
- 07:09 Boesby, D.: *At oplyse om demens. Ideer og inspiration*. 2007. 18 s. Netpublikation
- 07:10 Graversen, B.K., Damgaard, B. & Rosdahl, A.: *Hurtigt i gang. Evaluering af et forsøg med en tidlig og intensiv beskæftigelsesindsats for forsikrede ledige*. 2007. 107 s. ISBN 978- 87-7487-851-3.
- 07:11 Thorsager, L., Børjesson, E., Christensen, I. & Pihl, V.: *Metoder i socialt arbejde. Begreber og problematikker*. 2007. 128 s. ISBN 978-87-7487-852-0. Kr. 120,00.
- 07:12 Hohnen, P., Mortensøn, M.D. & Klitgaard, C.: *Den korteste vej til arbejdsmarkedet. En kvalitativ undersøgelse af indsatsen over for ikke-arbejdsmarkedssparate ledige*. 2007. 145 s. ISBN: 978-87-7487-854-4. Kr. 138,00.
- 07:13 Rostgaard, T.: *Begreber om kvalitet i ældreplejen. Temaer, roller og relationer*. 2007. 225 s. ISBN 978-87-7487- 855-1. Kr. 218,00.
- 07:14 Bonke, J.: *Ludomani i Danmark. Faktorer af betydning for spilleproblemer*. 2007. 90 s. ISBN 978-87-7487-853-7. Kr. 90,00.
- 07:15 Andersen, D. & Højlund, O.: *Interview med 11-årige. Erfaringer fra et web-baseret pilotprojekt*. 2007. 121 s. ISBN: 978-87-7487-857-5. Kr. 110,00.
- 07:16 Dahl, K.M: *Udsatte børns fritid – et litteraturstudie*. 2007. 85 s. ISBN: 978- 87-7487-858-2. Netpublikation.
- 07:17 Vinther, H: *Rundt om forebyggelses- og sundhedscentre. Muligheder og barrierer for udvikling af forebyggelses- og sundhedscentre i Danmark*. 2007. 78 s. ISBN: 978-87-7487-860-5. Netpublikation.
- 07:18 Fridberg, T. & Jæger, M.M.: *Frivillige i Hjemmeværnet*. 2007. 97 s. ISBN: 978- 87-7487-861-2. Kr. 90,00.
- 07:19 Høgelund, J. & Larsen, B.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2005 og 2006*. 2007. 39 s. ISBN: 978-87-7487-864-3. Netpublikation.

- 07:20 Larsen, B., Müller M.M. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Regionale forskelle*. 2007. 65 s. ISBN: 978-87-7487-865-0. Netpublikation.
- 07:21 Jørgensen, M.: *Danskernes pensionsopsparinger. En deskriptiv analyse*. 2007. 238 s. ISBN: 978- 87-7487-866-7. Kr. 198,00.
- 07:22 Benjaminsen, L. & Christensen, I.: *Hjemløshed i Danmark 2007. National kortlægning*. 2007. 159 s. ISBN 978- 87-7487-867-4. Kr. 148,00.
- 07:23 Nielsen, V.L. & Ploug, N.: *Når politik bliver til virkelighed. Festskrift til professor Søren Winter*. 2007. 241 s. ISBN: 978- 87-7487-868-1. Kr. 229,00.
- 07:24 Egelund, T. & Vitus, K.: *Sammenbrud i anbringelser af unge. Risikofaktorer hos unge, forældre, anbringelsessteder og i sagsbehandlingen*. 2007. 67 s. ISBN: 978- 87-7487-869-8. Kr. 75,00.
- 07:25 Ploug, N.: *Socialt udsatte børn. Identifikation, viden og handlemuligheder i daginstitutioner*. 2007. 48 s. ISBN: 978- 87-7487-870-4. Kr. 50,00.
- 07:26 Olsen, H.: *Konstruktion og kvalitetssikring af multisurveydata*. 2007. 181 s. ISBN: 978-87-7487-871-1. Netpublikation.
- 07:27 Rostgaard, T. & Thorgaard, C.: *God kvalitet i ældreplejen. Sådan vægter ældre, plejepersonale og visitatorer*. 2007. 130 s. ISBN: 978- 87-7487-872-8. Kr. 130
- 07:28 Jensen, T.G. & Liversage, A.: *Fædre, sønner, ægtemænd. Om maskulinitet og manderoller blandt etniske minoritetsmænd*. 2007. 80 s. ISBN: 978-87-7487-874-2. Netpublikation.
- 07:29 Olsen, B.M. (red.): *Evalueringen af den fleksible barselorlov. Orlov-reglerne set fra forældres, kommuners og arbejdspladseres perspektiv*. 2007. 222 s. ISBN: 978- 87-7487-875-9. Netpublikation.
- 07:30 Beer, F. & Damgaard, B.: *Kommuner og virksomheders samspil om socialt engagement*. 2007. 84 s. ISBN: 978-87-7487-854-2. Kr. 90,00.
- 07:31 Rosdahl, A.: *Kommunale aktiveringsprojekter med produktion 2007*. 2007. 70 s. ISBN: 978-87-7487-877-3. Kr. 75,00.
- 07:32 Christoffersen, M.N., Hammen, I., Andersen, K.R. & Jeldtoft, N.: *Adoption som indsats. En systematisk gennemgang af udenlandske erfaringer*. 184 s. ISBN: 978-87-7487-881-0. Kr. 190,00.
- 08:01 Amilon, Anna: *Danskernes forventninger til pension*. 151 s. ISBN: 978-87-7487-885-8. Kr. 150,00.

- 08:02 Jæger, Mads M.: *Mere attraktive almene boliger? Effektevaluering af Omprioriteringsloven 2000*. 97 s. ISBN: 978-87-7487-886-5. Kr. 100,00.
- 08:04 Thorgaard, Camilla H. & Hougaard, Iben B.: *Fokus på demens. Evaluering af en efteruddannelse i forebyggende hjemmebesøg*. 62 s. ISBN: 978-87-7487-888-9. Netpublikation.
- 08:05 Thorgaard, C.H. & Hougaard, I.B.: *Metoder til kvalitet i aldreplejen. Evaluering af et metodeudviklingsprojekt*. 76 s. ISBN: 978- 87-7487-889-6. Kr. 80,00.
- 08:06 Olsen, B.M. & Dahl, K.M.: *Fritidsliv i børnehøjde. Beretninger fra ndsatte børn*. 124 s. ISBN: 978- 87-7487-890-2. Kr. 125,00.
- 08:07 Jan Høgelund, Joachim Boll, Mette Skou & Søren Jensen. *Effekter af ændringer i sygedagpengeloven*. 180 s. ISBN 978-87-7487-891-9. Kr. 180,00.

EFFEKTER AF ÆNDRINGERNE I SYGEDAGPENGELOVEN

OPFØLGNING PÅ SYGEDAGPENGE. DEL II

Denne undersøgelse belyser, hvordan sygedagpengeloven fra 2005 er blevet gennemført i praksis ude i kommunerne, og hvilke konsekvenser loven har haft. Undersøgelsen bygger på to sammenlignelige dataindsamlinger fra hhv. 2002 og 2006. Datamaterialet omfatter telefoninterview med personer med en afsluttet sygedagpengesag, registeroplysninger, oplysninger om sagsbehandlingen af hver enkelt sygedagpengesag og kommunernes administrative praksis på sygedagpengeområdet.

Undersøgelsen viser, at kommunerne har holdt langt flere opfølgningssamtaler med de sygemeldte end før. Samtalerne får også de sygemeldte tilbage i job i højere grad end før. Opfølgningsplanerne har samtidig fået større jobfokus. Sygemeldingsdiagnosen har betydning for, hvor stor chance den sygemeldte har for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Sygemeldte med kræft og stress har større chance for at komme i arbejde end sygemeldte med sygdomme i bevægeapparatet.