

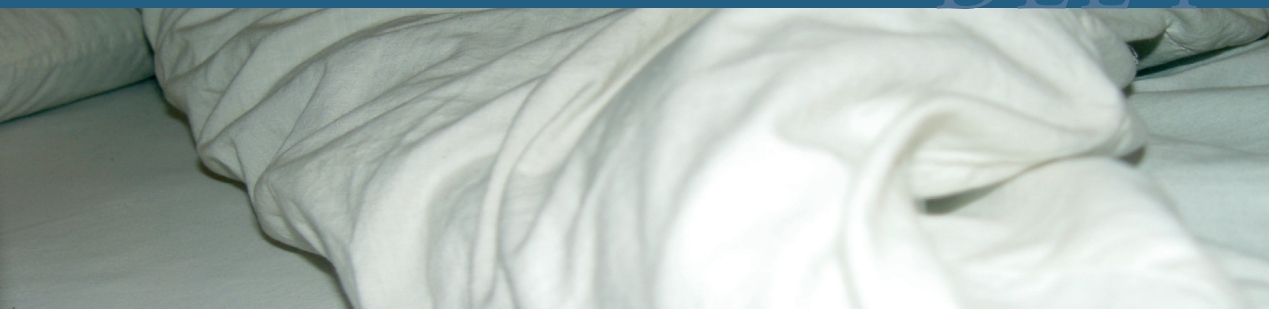
07:01

Bodil Damgaard
Joachim Boll

OPFØLGNING PÅ SYGEDAGPENGE

KOMMUNERS, LÆGERS OG VIRKSOMHEDERS
ERFARINGER MED DE NYE REGLER

DEL I



07:01

OPFØLGNING PÅ SYGEDAGPENGE - DEL I

KOMMUNERS, LÆGERS OG VIRKSOMHEDERS
ERFARINGER MED DE NYE REGLER

Bodil Damgaard
Joachim Boll

KØBENHAVN 2007
SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTET

OPFØLGNING PÅ SYGEDAGPENGE - DEL I

Afdelingsleder: Lisbeth Pedersen
Afdelingen for beskæftigelse og erhverv

ISSN: 1396-1810
ISBN: 87-7487-842-5

Layout: Hedda Bank
Oplag: 600
Tryk: BookPartnerMedia A/S

© 2007 Socialforskningsinstituttet

Socialforskningsinstituttet
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

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

INDHOLD

	FORORD	5
	RESUMÉ	7
	Fokus på kommunernes sagsbehandling	8
	Koordinering af indsatsen bliver ikke prioriteret	9
	Erfaringer med de nye lægeerklæringer	10
1	INDLEDNING	13
	Sygdom: et sammensat fænomen	14
	De mange aktører	15
	Lovændringerne fra 2005	16
	Undersøgelsens formål, metode og design	17
	Bogens opbygning	23
2	SAMLET EVALUERING	25
	Kommunerne har taget de administrative redskaber til sig	25
	Koordinering? Mest af enkeltsager	32
	Andre aktører	36
	Delvis tilbagevenden til arbejde	37
	Perspektivering	43

3	ERFARINGER FRA KOMMUNERNE	45
	Kommunernes organisering af indsatsen	46
	Praksis ved kategoriseringen	53
	Opfølgningsarbejdet	59
	Erfaringer med delvise syge-/ raskmeldinger	61
	Har lovændringerne medført omprioriteringer?	63
	Ledelse og faglig udvikling	65
	Brugen af it	68
	Lovens påvirkning af lægesamarbejdet	69
	Lægekonsulentens rolle	74
4	LÆGERNES SYN PÅ SAGEN	79
	Det overordnede samarbejde med kommunerne	80
	Lægesamarbejde med strategi	82
	Erfaringer med læ 255	85
	Uarbejdsdygtighedserklæringen og samarbejdet med virksomhederne	91
5	VIRKSOMHEDERNES VINKEL	99
	Virksomhedernes rolle i sygedagpengeforløb	100
	Samarbejdet med kommunen	103
	Den nye uarbejdsdygtighedserklæring	106
	REFERENCER	109
	SFI-UDGIVELSER SIDEN 2005	113

FORORD

1. juli 2005 trådte en række lovændringer på sygedagpengeområdet i kraft. Lovændringerne sigter på at forbedre opfølgningen på sygedagpengesager for at den vej at reducere varigheden af sygedagpengeforløb. Denne rapport er første del af Socialforskningsinstituttets (SFI) evaluering af lovændringerne. Rapporten belyser ved hjælp af kvalitative metoder implementeringen af lovændringerne og de erfaringer, kommuner, læger og virksomheder har gjort sig med lovens nye redskaber, krav og regler. I en senere rapport vil SFI kvantitativt belyse effekterne af lovændringerne.

Dataindsamlingen er foretaget hen over sommeren 2006. 54 kommunale ledere, sagsbehandlere, lægekonsulenter, praktiserende læger og virksomhedsledere i fem kommuner takkes for venligt at have ladet sig udspørge om lovændringernes betydning for det daglige arbejde med sygedagpengeopfølgning. Data er indsamlet, analyseret og beskrevet i nærværende rapport af seniorforsker, cand.scient.pol., ph.d. Bodil Damgaard og cand.scient.pol., kandidatstipendiat Joachim Boll. Seniorforsker, cand.oecon., ph.d. Jan Høgelund har været projektleder på undersøgelsen.

Et tidligere udkast til rapporten er blevet kommenteret af undersøgelsens følgegruppe samt af ekstern lektor ved Institut for Sundhedstjenesteforskning ved Syddansk Universitet, cand.med. Britt Toftgaard

Jensen, som har været lektor på rapporten. Både følgegruppemedlemmer og lektor takkes for gode kommentarer.

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

København, januar 2007

Jørgen Søndergaard

RESUMÉ

1. juli 2005 trådte en række ændringer af lovgivningen på sygedagpengeområdet i kraft. Disse lovændringer har sat sig sine spor i sygedagpengeindsatsen. Hovedsigtet med ændringerne er at øge det arbejdsmarkedsrettede fokus i sygedagpengeindsatsen, mens de væsentligste virkemidler er øget systematisering af den kommunale sagsbehandling (bl.a. nye visitations- og opfølgningsregler), krav om øget koordinering mellem diverse aktører i en sag samt nye lægeerklæringer.

Loven har altovervejende påvirket kommunernes sagsbehandling af sygedagpengesager og i mindre grad kommunernes organisering af indsatsen. Sygemeldte visiteres og kategoriseres i vid udstrækning som tiltænkt i loven. De nye oplysningsskemaer bliver brugt, og der er stor fokus på overholdelse af opfølgningsreglerne.

Det viser en kvalitativ procesevaluering af, hvorledes lovændringerne i sygedagpengeloven fra juli 2005 er blevet ført ud i livet. Undersøgelsen bygger primært på 54 kvalitative interview med kommunale ledere, sagsbehandlere, kommunelæger, læger og virksomhedsledere i fem kommuner. Interviewmaterialet er indsamlet hen over sommeren 2006 (juni til september) – altså ca. et år efter lovens ikrafttræden.

Derimod viser undersøgelsen, at der er færre forandringer at finde som følge af lovændringerne i de fem kommuners samarbejde med eksterne aktører – det være sig praktiserende læger, virksomheder eller

andre aktører. Den koordinerende indsats i sygedagpengeopfølgningen, som lovændringerne tillagde kommunerne, mangler stadig at realisere sig. Lægernes og virksomhedernes direkte indsats synes heller ikke nævneværdigt forandret som følge af loven. Sat på spidsen kan man sige, at der har været mere fokus på at overholde lovens bogstav om at bruge de administrative redskaber end på at efterkomme lovens hensigt om at styrke det arbejdsmarkedsrettede fokus i sygedagpengeopfølgningen via koordinering med læger og virksomheder.

Den samlede balance mht. lovens ønske om at styrke det arbejdsmarkedsrettede fokus i sygedagpengeopfølgningen synes alligevel at være positiv. Konklusionen er dog skrøbelig, fordi den hovedsagelig bygger på numerisk logik: Flere sygemeldte, der har risiko for at miste arbejdsevnen, får hyppigere opfølgningssamtaler, præcis som loven foreskriver. De interviewede sagsbehandlere giver udtryk for, at der tales tilbagevenden til arbejdet eller arbejdsmarkedet i disse samtaler, hvorfor der kan argumenteres for, at der er øget fokus på arbejdsmarkedstilknytning. Men der tales også om sygdom, ventetider, diagnoser og behandlingsformer. Datamaterialet peger dog på, at der er en stigende tendens til at se mere på de sygemeldtes arbejdsevne og i højere grad vurdere en sygdom i forhold til sygdommens betydning for arbejdsevnen.

Det tæller positivt i forhold til målet om arbejdsmarkedsfokus i sygedagpengeopfølgningen, at brugen af delvis tilbagevenden (delvise syge-/raskmeldinger) er stigende. Mere vigtigt er det formentlig, at de fleste interviewede aktører – sagsbehandlere, læger og virksomheder – synes at være blevet mere bevidste om instrumentet og giver udtryk for at være glade for det. Lægerne kan dog stadig blive bedre til at have øje for delvise syge-/raskmeldinger. Og virksomhederne kunne bidrage positivt til øget brug af instrumentet, hvis det blev udvidet til også at gælde andre end særligt værdsatte medarbejdere.

FOKUS PÅ KOMMUNERNES SAGSBEHANDLING

Lovens målsætninger om at systematisere og harmonisere kommunernes sygedagpengeopfølgning ses tydeligt i de fem undersøgte kommuner.

Loven gav kommunerne anledning til at se på deres organisering af sygedagpengeindsatsen. De kommuner, der især synes, lovændringerne har haft gavnlig effekt, er dem, der ikke på forhånd havde etableret en

omfattende strukturering af sygedagpengeopfølgningen. Modsat oplever nogle kommuner, der før lovens ikrafttræden havde en velorganiseret opfølgningsindsats, at de nye krav om kategorisering af sygedagpengesagerne i tre kategorier (glat-, risiko- og længerevarende sager), er unødvendige administrative byrder. Alle de besøgte kommuner bruger dog kategoriseringsværktøjet, og de fleste melder, at de er glade for det. Flere kommuner kategoriserede dog også før lovændringerne de indkomne sygedagpengesager i forskellige kategorier.

Den nye, opstrammede måde at bruge opfølgningsplanen på er det af de nye administrative redskaber, som kommunerne generelt har det sværest med. Igen bifaldes den overordnede ide med planen. Skepsisen går på de detaljerede krav til brugen af redskabet. Det gælder først og fremmest, at planen skal påbegyndes for alle sygemeldte allerede efter første opfølgningssamtale og udarbejdes i umiddelbar forlængelse af anden samtale. I de tilfælde, hvor den sygemeldte raskmeldes kort tid efter anden samtale (uge 12 eller 16, alt efter kategori), er indvendingen, at arbejdet har været forgæves.

KOORDINERING AF INDSATSEN BLIVER IKKE PRIORITERET

Kommunernes fokus på implementeringen af de administrative redskaber rettet mod sagsbehandlingen kan være en årsag til, at der i datamaterialet ikke er meget, der peger på, at koordineringen af sygedagpengeindsatsen i de fem undersøgte kommuner er væsentlig anderledes nu end før lovens ikrafttræden.

Loven præciserer kommunernes ansvar for, at indsatsen mellem forskellige aktører koordineres bedre end hidtil. Der, hvor det krav tydeligst kommer til udtryk, synes at være ved, at sagsbehandlerne beder de sygemeldte holde kontakt til deres arbejdsplads, hvis de har en. Denne undersøgelses design betyder dog, at vi ikke har belæg for at sige noget om, hvor udbredt denne praksis er.

Hvad der kan konstateres er, at der er plads til forbedringer af samarbejdet med virksomhederne og især med lægerne. Det er særligt det overordnede samarbejde med lægerne, der kan forbedres. Med det overordnede samarbejde mener vi de rammer og fælles forståelser, der danner fundamentet for det daglige, sagsspecifikke samarbejde. Rapporten

giver nogle bud på, hvordan det overordnede samarbejde mellem kommuner og praktiserende læger kunne se ud.

ERFARINGER MED DE NYE LÆGEERKLÆRINGER

Lovændringerne skabte to nye lægeerklæringer: Attest om mulighed for at varetage arbejde (LÆ 255), der er til kommunerne, og Lægeerklæring om uarbejdsdygtighed (uarbejdsdygtighedserklæringen), der er til virksomhederne. Formålet med de nye erklæringer er at give modtagerne – kommunerne og virksomhederne – bedre redskaber til at vurdere et konkret sygedagpengeforløb, herunder særligt mulighederne for, at den sygemeldte genoptager arbejdet delvist.

Der er meget delte meninger om erklæringerne, men overordnet må vi konstatere, at lægeerklæringerne ikke i sig selv er nok til afgørende at arbejdsmarkedsrette sygedagpengeindsatsen. Lægeerklæringerne er alene en bid af den samlede indsats. Hvis erklæringerne skal opfylde sine mål og potentialer, er det nødvendigt at styrke det samarbejde, erklæringerne skal hvile på.

Interviewpersonerne giver udtryk for, at der generelt mangler en fælles forståelse mellem forvaltningerne og de praktiserende læger om, hvordan lovens ikke helt klare vejledninger omkring udfyldelsen af LÆ 255 skal fortolkes lokalt. Dette frustrerer især lægerne, som ikke kan overskue, hvad de afgivne informationer skal bruges til, men også de kommunale sagsbehandlere, der oplever ikke at få de oplysninger, som de i virkeligheden efterspørger. Disse usikkerhedsmomenter kan være en af årsagerne til, at informanterne oplyser, at sagsbehandlerne i stigende grad vælger at rekvirere statusattester frem for LÆ 255. Hvis statusattesten vinder frem på bekostning af brugen af LÆ 255 kan det have negativ betydning for det arbejdsmarkedsrettede fokus i opfølgningsarbejdet.

Med hensyn til uarbejdsdygtighedserklæringen (lægenes erklæring til virksomhederne) har undersøgelsen blotlagt få – men gode – erfaringer med de nye funktionsoplysninger. Funktionsoplysningerne skal beskrive, hvilke funktioner en sygemeldt bør undgå, enten i en periode (ved delvis tilbagevenden fra en sygeperiode) eller mere permanent som forebyggelse for tilbagefald eller ny sygdom. På den anden side må vi dog konstatere, at virksomhederne ikke efterspørger uarbejdsdygtighedserklæringen – og dermed funktionsoplysningerne – i særlig vidt

omfang. En stor del af uarbejdsdygtighedserklæringerne bruges primært som 'kontrollerklæring', dvs. til at gøre den sygemeldte opmærksom på, at virksomheden holder øje med fraværet.

INDLEDNING

Sygedagpengeområdet nyder stor bevågenhed blandt politikere, samfundsøkonomer og i medierne generelt. En årsag er, at vi som borgere i et moderne velfærdssamfund i høj grad er afhængige af vores tilknytning til arbejdsmarkedet. Hvis sygdom igennem længere tid forhindrer os i at arbejde, har vi ikke blot sygdommen at slås med, men er også i risiko for at miste vores job og dermed både indtægtsgrundlag og kilden til en væsentlig del af vores identitet. En anden årsag er, at efterspørgslen efter arbejdskraft i disse år er stigende. Det betyder, at blikket rettes mod forskellige lommer af mulig arbejdskraftreserve, herunder sygedagpengeområdet. Og en tredje årsag til den store bevågenhed er, at de offentlige udgifter til sygedagpenge har været stigende i en årrække.

I runde tal modtog en lille halv million sygemeldte i 2005 i alt lige knap 11,5 mia. kr. fra det offentlige i sygedagpenge (Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2006, www.jobindsats.dk). Oven i dette beløb kommer et endnu større beløb til virksomhedernes udgifter til løn under sygdom og sygedagpenge, administration og tabt indtjening i sygeperioden. Alene lønudgiften (idet flere og flere får løn under sygdom) anslås at løbe op i 13 mia. kr. årligt for private virksomheder og 14 mia. kr. årligt for offentlige virksomheder (DA, 2005). Og læg hertil det offentliges udgifter til administration af indsatsen for de længerevarende sygemeldte samt administration i forbindelse med udbetaling af dagpenge enten direkte til den sygemeldte selv eller til dennes arbejdsgiver. Det er altså klart, at der

menneskeligt såvel som privat- og samfundsøkonomisk er væsentlige gevinster at hente ved en hurtig og effektiv indsats, der kan afkorte sygedagpengeforløbene.

SYGDOM: ET SAMMENSAT FÆNOMEN

Sygedagpengeområdet er et kompliceret område. En væsentlig årsag er, at sygdom som begreb er et sammensat fænomen. Der er således en lang række faktorer, der er afgørende for, hvornår en person føler sig syg og opfattes som syg (Gannik, 1999; Holstein, 2004). Situationen kompliceres yderligere, når spørgsmålet er, hvornår personen føler sig syg til at gå på arbejde, dvs. er uarbejdsdygtig. Arbejdsdimensionen betyder, at den (traditionelt dominerende) medicinsk-diagnostiske tilgang til sygdom ikke er tilstrækkelig til at vurdere den beskæftigelsesmæssige betydning af sygdommen. Ét er en medicinsk diagnose, noget andet diagnosens betydning for arbejdsevnen (Olsen, 2003). Her spiller nemlig en hel række andre forhold ind, der ikke nødvendigvis er relateret til selve sygdommen (Eshøj, 1996; Jensen m.fl., 2004; Olesen, 2004; Olsen, 2005). Disse forhold spænder meget vidt, men kan påvirkes af psykisk og fysisk modstandsdygtighed eller skrøbelighed, der både kan betyde, at sygdom ikke medfører uarbejdsdygtighed, men også at uarbejdsdygtigheden ikke er forårsaget af sygdom.

Det er de sidstnævnte tilfælde, der er problematiske i forhold til sygedagpengeloven. En stor del af disse tilfælde har at gøre med livssituationer (fx skilsmisse, sygdom i den nærmeste familie eller sociale problemer) eller forhold på arbejdspladsen (fx arbejdsbyrde eller mobning). Problemet, set i forhold til sygedagpengeloven, er, at disse forhold i sig selv ikke berettiger til udbetaling af sygedagpenge. Loven slår nemlig fast, at betingelsen for at modtage sygedagpenge er, at årsagen til fraværet er sygdom (herunder tilskadekomst) (Lov om sygedagpenge § 7). Et tilsyneladende banalt og logisk kriterium, men i praksis er det svært at udrede, hvad der er sygdom, hvad der skyldes livssituationer, og hvornår der er tale om fx en arbejdskonflikt. Opgaven bliver selvsagt ikke lettere af, at de forskellige faktorer nemt kan hænge sammen. Fx kan en skilsmisse resultere i en reel sygdom. Den bliver heller ikke lettere af, at det er lægens ansvar at give tilstrækkelige helbredsmæssige oplysninger videre til kommunerne, mens det suverænt er kommunernes ansvar at vurdere,

hvilke konsekvenser disse oplysninger har i forhold til eventuel udbetaling af sygedagpenge.

DE MANGE AKTØRER

Med overnævnte ansvarsfordeling er vi ovre i en anden årsag til, at sygedagpengeområdet er kompliceret: de mange aktører. Foruden den sygemeldte selv drejer det sig om arbejdspladsen (for forsikrede ledige akassen og for ikke-forsikrede ledige kommunens kontanthjælpsafsnit), egen læge og det øvrige sundhedsvæsen, kommunens sygedagpengeafsnit og – i enkelte tilfælde – andre aktører (private udbydere af fx afklaringsforløb). Selvom alle involverede i princippet har samme mål – at få den sygemeldte rask og i gang hurtigst muligt – giver de mange aktører gode muligheder for, at ansvaret for en effektiv indsats skubbes rundt. Billedligt talt skyldes det primært, at hver aktør har en lille bid af det samlede ansvar, men ingen sidder alene med nok af ansvaret til at kunne handle uden de andre.

Samtidig træder en række krydsgående incitamenter i kraft. Nogle af de vigtigste af disse lægger sig til måden, sygedagpenge bliver finansieret på. Fra den første til den 14. fraværdsdag betales sygedagpengene af virksomheden. Det offentlige har altså ingen udgifter i forbindelse med kortere sygdom, fx en almindelig influenza. Fra uge to og fremefter betales dagpengene af kommunerne. Men staten kompenserer kommunerne med 100 pct. af udgifterne fra uge 2 til uge 4 og med 50 pct. af udgifterne fra uge 5 til uge 52. Udgifterne til sygedagpenge i sager, der løber i mere end 52 uger, bæres alene af kommunerne. Den gradvise nedsættelse af statens refusion skal ses som et incitament for kommunerne til at afslutte sygedagpengeforløbene hurtigst muligt.¹

Disse økonomiske incitamentsstrukturer ændrer sig ikke fra sag til sag. Men der er andre krydsgående incitamenter, der ikke er helt så stabile. En ukendt faktor i mange sygedagpengeforløb er således den sygemeldtes motivation for at vende tilbage til arbejdet. Sygemeldte, der

1. Der findes en række undtagelser og betingelser knyttet til denne generelle model, som ikke vil blive gennemgået. Det kan i øvrigt nævnes, at det oprindelige lovforslag indeholdt et forslag om at reducere statens refusion fra 50 til 35 pct. fra uge 27 og til uge 52 netop med den hensigt at øge kommunernes incitament til at sikre tidlig opfølgning. Forslaget blev taget af bordet efter forhandlinger i Folketinget.

er glade for deres arbejde, vil ofte gøre meget for at komme hurtigt tilbage. Omvendt kan en sygemelding dække over mange former for konflikter på arbejdspladsen eller den sygemeldtes oplevelse af ikke at kunne slå til på jobbet. Det samme gør sig gældende for arbejdsgiverne: Arbejdsgiverne vil, hvis der ellers er mulighed for det, ofte strække sig langt for at fastholde en skattet medarbejder. Men villigheden til at være fleksibel kan være ringe, hvis medarbejderen ikke er vellidt.

Endelig kan man tale om, at sygedagpenge har været (mis)brugt og stadig kan (mis)bruges til andre formål, der ikke har med sygdom at gøre. En sygemelding spænder fra at dække over regulært pjæk over at være et redskab i arbejdsconflikter og til at være en 'nem' løsning på andre problemer, fx et alkoholproblem eller en problematisk fyring. Det er ofte den praktiserende læges lod at skulle vurdere, hvor reel en sygemelding er, uden at han eller hun har kendskab til hele (arbejds)historien.

Et vellykket sygedagpengeforløb må manøvrere i dette krydspres. Det fordrer, at de forskellige aktører har en anseelig portion viden, som de er nødsaget til at få fra andre. Sagsbehandleren skal kende til den sygemeldtes diagnose, behandlingsmuligheder og prognose, arbejdssituation, motivation og sociale historie og gerne en hel masse om arbejdsvilkår inden for forskellige brancher. Virksomheden skal kende til sygdommen, medarbejderens motivation, regler for offentlig støtte til fastholdelse og virksomhedens egne muligheder for at være fleksibel. Og lægen skal kende til den sygemeldtes arbejdssituation og sociale historie, før en relevant lægeerklæring kan skrives. Samtidig er det kendt, at hurtig opfølgning på sygedagpengeforløb mindsker risikoen for en udstødning fra arbejdsmarkedet (Høgelund m.fl., 2003). Så ikke alene er opgaven svær – den skal også løses hurtig.

LOVÆNDRINGERNE FRA 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 sætter sig som mål at nedbringe og forebygge sygefraværet. Lovændringerne, der her ses på, 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.

Hovedindholdet i loven 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 varighed og risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet
- tættere opfølgning i sager, hvor sygemeldtes arbejdsmarkedstilknytning kan være i fare ('risikosager', kategori 2), end i andre sager ('glattsager', kategori 1 og 'længerevarende sager', kategori 3)
- oplysningsskemaer til alle sygemeldte
- obligatorisk opfølgningsplan påbegyndt efter første opfølgningssamtale og udfærdiget efter anden samtale
- 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.

Det er implementeringen af disse lovgivningsmæssige krav og tiltag, der ses nærmere på i denne rapport.

UNDERSØGELSENS FORMÅL, METODE OG DESIGN

Formål

Lovændringer har ingen betydning, hvis de ikke virkeliggøres af dem, som sidder med de praktiske opgaver. Denne rapport ser på, hvordan det er gået med implementeringen af ændringerne godt et år efter, at

loven trådte i kraft. Undersøgelsen fokuserer på det samlede system, der har med opfølgningen på sygedagpengeområdet at gøre. Kommunerne er de væsentligste aktører på området, der dog spiller tæt sammen med andre – særligt læger og virksomheder. Målet er at evaluere, i hvilket omfang loven er blevet ført ud i livet, og at identificere de faktorer, der enten hæmmer eller fremmer denne proces. Med disse karakteristika er undersøgelsen en *procesevaluering* (jf. Olsen & Rieper, 2004).

Undersøgelsesspørgsmål

Basalt set søges der svar på, hvad der har været godt ved loven, hvad der har været mindre godt og hvorfor. Overordnet set fokuseres der på, hvilke erfaringer centrale aktører – kommuner, læger og virksomheder – har gjort sig med de forskellige redskaber og krav, som loven har medført. Hvad har brugen af de nye tiltag betydet for sygedagpengeopfølgningen, og er indsatsen blevet styrket med de nye initiativer?

Mere specifikt rettes blikket mod implementeringen af kravet om visitation af sygemeldte i tre kategorier (glatsager, risikosager og længerevarende sager). Der ses på fordele og ulemper ved visitationsreglerne og på, hvordan visitationen i praksis foretages. Der ses også på de nye regler om målrettet opfølgning, hvor ressourcerne i højere grad skal anvendes på de sager, hvor der forventes at være størst behov. I praksis betyder det, at der skal følges op på sager i kategori 2 (risikosager) minimum hver 4. uge, mens forvaltningen kan nøjes med at følge op på sager i kategori 1 og 3 (henholdsvis glatsager og længerevarende sager) hver 8. uge. Denne del af undersøgelsen berører dermed også mere bredt kommunernes organisering af sygedagpengeindsatsen, herunder brugen af lægekonsulenter.

Blikket rettes også mod samarbejdet mellem kommunerne, arbejdsgiverne og lægerne. Det sker, fordi loven indeholder to tiltag, der retter sig mod dette samarbejde. Det ene handler om to nye lægeerklæringer: en til brug for kommunerne (LÆ 255) og en til brug for virksomhederne (uarbejdsdygtighedserklæringen). Undersøgelsen ser på, hvorledes lægeerklæringerne er blevet modtaget af de involverede, og i hvilket omfang kommunerne og virksomhederne (brugerne) vurderer, at de nye lægeerklæringer skaber et bedre grundlag for at beslutte omfanget af sygdommen og tilskynde til hurtigere – eventuel delvis – tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Andre aspekter vedrørende lægeerklæringerne, fx i hvilket omfang lægernes rolle over for patienterne er blevet ændret, be-

røres også. Det andet tiltag handler om, at kommunen forpligtes til at koordinere indsatsen mellem forskellige aktører, herunder ikke mindst læger og virksomheder. De overordnede samarbejdsrelationer er derfor også et fokusområde i rapporten.

Andre problemstillinger, der ses på – om end mindre detaljeret – drejer sig om kommunernes brug af andre aktører, rekrutteringsvanskeligheder til sygedagpengeafsnittet og it-aspekter af opfølgningsindsatsen.

Den kvalitative metode og de kvalitative interview

Undersøgelsen indskrives i en hermeneutisk videnskabstradition. Ønsket er at skabe forståelse for, hvad der i systemet – hos aktørerne og i processen – styrker eller svækker sygedagpengeindsatsen. Derfor er de stillede undersøgelsesspørgsmål åbne. Undersøgelsen laves for at afdække erfaringer med den nye lovgivning og bringe forskellige facetter og nuancer af problemstillingerne frem for dagens lys. Der er altså tale om en eksplorativ undersøgelse, hvor svarene, der søges, ikke lader sig kvantificere. Til det formål har kvalitative metoder vist sig bedst egnede (Babbie, 1992).

Fordelen ved kvalitative undersøgelser er, at man kan komme tæt ind på livet af en problemstilling. Samtidig er metoden meget fleksibel, fordi man kan 'bore' i særlige problematikker, efterhånden som de tegner sig. Flexibiliteten gør sig gældende i det enkelte interview såvel som i rækken af interview, der foretages. De sidst indsamlede interview kan derfor godt have et lidt andet indhold end de første, fordi man er blevet opmærksom på nye problemstillinger eller vinkler, som ønskes uddybet. Den mulighed findes ikke, når der bruges kvantitative metoder, fx survey, hvor man ikke midt i forløbet kan ændre på et stillet spørgsmål. Modsat har de kvantitative metoder den fordel, at de med rimelighed kan sige noget om, hvor udbredt et fænomen er. Det kan kvalitative undersøgelser ikke, heller ikke denne.

Rapporten bygger overvejende på semistrukturerede kvalitative interview. Det betyder, at der for hver gruppe af respondenter (kommunale ledere, kommunale sagsbehandlere, virksomhedsledere og læger) er blevet udfærdiget en spørgeguide med centrale, åbne spørgsmål. Der er blevet brugt mere eller mindre tid på uddybende spørgsmål alt efter, hvad respondenterne har kunnet fortælle. Nogle respondenter har vidst meget eller måske netop haft særlig relevante erfaringer at berette om. Modsat i kvantitative interviewundersøgelser, hvor hver respondent så at

sige fylder lige meget i analysen, vil nogle interview i en kvalitativ undersøgelse stå mere centralt end andre.

En fast bestanddel i interviewene med kommunale sagsbehandlere var en gennemgang af tre nylige sygedagpengesager fra henholdsvis kategori 1, 2 og 3. Formålet med at gennemgå specifikke sager var at få så konkrete informationer som muligt om, hvilke oplysninger der bruges til visitationen til de tre kategorier, og hvilke problemstillinger der knytter sig hertil. Interviewpersonerne blev derefter spurgt, om sagerne havde været typiske, eller hvordan de afveg fra en typisk sag. Formålet med sagsgennemgangen var ikke at vurdere, hvorvidt sagerne var blevet kategoriseret korrekt. Dels fordi interviewerne ikke havde hverken teoretiske eller empiriske forudsætninger for at vurdere korrektheden af visitationerne og dels for at sagsbehandlere ikke skulle føle sig til eksamen og af den grund pynte på beskrivelsen af, hvordan kategoriseringerne foretages. Formålet har derimod været at få en beskrivelse af de konkrete overvejelser, der ligger bag forskellige kategoriseringer, hvilket ofte kan være et godt supplement til oplysninger om generelle og overordnede vurderinger.

Udvælgelse af kommuner

Til undersøgelsen blev der udvalgt fem case-kommuner. Der blev i udvælgelsen lagt vægt på et forskellighedskriterium for på den vis at øge de facetter og nuancer, undersøgelsen ville kunne afdække. En kommune blev derfor udvalgt, fordi den har erfaringer med brug af andre aktører i sygedagpengeindsatsen. En blev udvalgt, fordi den ligger højt mht. brugen af delvise syge-/raskmeldinger (ifølge www.jobindsats.dk, Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2006). Og en kommune blev udvalgt, fordi den er blevet kendt for at have indarbejdet et beskæftigelsesrettet fokus i sin sygedagpengeopfølgning. De sidste to kommuner blev udvalgt, fordi de ikke gjorde sig bemærket på de førnævnte kriterier, hverken positivt eller negativt. Udvælgelsen tog endvidere hensyn til geografisk placering og gik endelig uden om både meget store og meget små kommuner.

Forskellighedskriteriet betyder, at datamaterialet kommer fra kommuner med fem ret umage måder at gå til opgaven med sygedagpengeopfølgning på. Det har givet mulighed for at komme godt rundt om implementeringsproblematikkerne og afdække en række forskellige vinkler.

Case-kommunerne kan ikke hævdes at være repræsentative for billedet på landsplan. Kommunerne er bevidst blevet udvalgt ud fra 'succesdimensioner' (erfaring med andre aktører, høj brug af delvise syge-/raskmeldinger og beskæftigelsesrettet fokus). Den strategi blev valgt for at øge sandsynligheden for at finde gode måder at gøre tingene på, som andre kan lade sig inspirere af. Når det er sagt, må det erkendes, at udvælgelseskriterierne ikke synes at have haft den store betydning for undersøgelsens resultater. Kommunen, der var blevet valgt pga. erfaring med brugen af andre aktører, skilte sig således ikke synderligt ud fra de andre kommuner og tilsvarende med de andre specialudvalgte kommuner.

Udvælgelse af respondenter

I hver af de fem case-kommuner indhentede vi 10-15 interview fordelt på forskellige aktører. Det drejer sig om interview med kommunale ledere og sagsbehandlere, kommunallæger, praktiserende læger og virksomhedsledere hjemmehørende i de udvalgte kommuner.

Undersøgelsen bygger således primært på i alt 54 kvalitative interview af 25 minutter til halvdelen times varighed. Af disse var fem kommunale ledere, 14 sagsbehandlere, 18 læger (heraf fem kommunelæger) og 17 fra private og offentlige virksomheder. Enkelte af interviewpersonerne blev efterfølgende kontaktet for at indhente uddybende oplysninger. Interviewene blev indsamlet fra juni til september 2006, altså omtrent et år efter lovens ikrafttræden.

En del interview med virksomheder og læger er opnået over telefonen, og en del har været personlige. Alle interview i kommunerne har været personlige, enkelte med telefonisk opfølgning. I enkelte tilfælde er der tale om gruppeinterview med to eller tre deltagere. En af forskerne bag undersøgelsen har desuden deltaget i et kursus i brugen af lægeerklæringen LÆ 255, som Lægeforeningens kursusudvalg gennemfører i samarbejde med Arbejdsmarkedsstyrelsen for praktiserende læger i sommeren og efteråret 2006.

Med hensyn til de kommunale ledere har der været forskel på, præcist hvilke kompetencer og ansvarsområder den enkelte leder har haft. I de fleste tilfælde er der tale om en leder af en selvstændig sygedagpengeafdeling, som således både har haft personaleansvar og det overordnede faglige ansvar. I andre tilfælde har der været en anden opdeling, fx i mindre kommuner, hvor sygedagpengeområdet hører under en

leder med et bredere ansvarsområde inden for beskæftigelsesområdet. Endvidere opererer flere af kommunerne med faglige ressourcepersoner eller faglige ledere, som har et fagligt ansvar i forhold til afdelingens opgaver, men som ikke har personaleansvar. Vi har i hvert enkelt tilfælde forsøgt at interviewe den person, som havde den mest centrale rolle i forhold til at påvirke og implementere kommunens sygedagpengeindsats. I enkelte tilfælde har det ført til, at vi har interviewet flere ledere i den samme kommune. For sagsbehandlernes vedkommende har der været uddannelsesmæssige forskelle, idet nogle var kontoruddannede, mens andre var socialfagligt uddannede. Det blev sikret, at vi i hver kommune talte med sagsbehandlere, der samlet set dækkede den første visitation (kategoriseringen), opfølgingsarbejdet (herunder revisitationer) og havde kontakt til både læger og virksomheder.

Udvælgelsen af læger skete på baggrund af oplysninger fra den fælles offentlige sundhedsportal (Sundhedsvæsenet, 2006, www.sundhed.dk). Udvælgelsen skete under hensyntagen til køn, alder og anciennitet som praktiserende læge. Flere af de deltagende læger havde erfaring fra enten kommunale samarbejdsorganer eller fra lokale koordinationsudvalg. Der blev desuden foretaget interview med fire lægekonsulenter.

De deltagende virksomheder blev udsøgt i Det Centrale Virksomhedsregister. Udvælgelsen var tilfældig, dog indgik alene større virksomheder (+20 ansatte) for at øge sandsynligheden for, at de havde erfaringer med sygedagpengesager. Enkelte virksomheder oplyste, at de ingen erfaringer havde, og kom derfor ikke med i undersøgelsen. Denne udvælgelsesproces var mere besværlig end at bede kommunerne identificere virksomheder, de tidligere havde samarbejde med. Til gengæld havde metoden den fordel, at udvælgelsen ikke blev præget af kommunens opfattelse af virksomheden, hvad enten opfattelsen måtte være positiv eller negativ. Også virksomhedernes organisering af deres håndtering af sygedagpengesager varierer. Vi har derfor både interview med virksomhedsrespondenter, der lagde mest vægt på de administrative aspekter af sygedagpengeforløb, og respondenter, der lagde mest vægt på personalepolitiske aspekter.

Alle interviewpersoner er lovet anonymitet for at højne validiteten af de indsamlede udsagn. Ikke desto mindre er det et kendt fænomen, at deltagere i kvalitative interview ofte fremstiller en sag i et positivt lys, dels for at behage interviewer, dels for at fremhæve egne (herunder

egen organisations) fortræffeligheder og nedtone mindre heldige – eller politisk ukorrekte – aspekter. Ved at sammenholde informationer fra de forskellige interviewpersoner skulle den værste skævvridning dog være undgået. Samtidig kan det konstateres, at uoverensstemmelser mellem interviewpersoners udsagn ikke nødvendigvis dækker over mere eller mindre bevidst fordrejede udtalelser, men over forskellige syn på det samme fænomen.

BOGENS OPBYGNING

Den resterende del af rapporten er inddelt i fire kapitler.

I kapitel 2 giver vi en samlet evaluering af implementeringen af loven. Vi søger at trække de store linjer op og binde erfaringerne fra de tre hovedaktører – kommunerne, lægerne og virksomhederne – sammen: Hvordan er det gået med lovens overordnede formål? Er indsatsen blevet mere arbejdsmarkedsrettet, og er kommunerne blevet bedre til at prioritere ressourcerne? Bruges det nye visitationsredskab, og hvordan går det med opfølgningskravene? Er samarbejdet mellem kommuner, læger og virksomheder blevet styrket, og har loven givet anledning til nye erfaringer med andre aktører?

De enkelte tiltag vurderes også imod hinanden i kapitel 2. Hvor har implementeringsindsatsen være koncentreret, og hvorledes har implementeringsprocessen været understøttet fra centralt hold?

De efterfølgende tre kapitler går derimod i dybden med erfaringerne fra de tre store aktørgrupper. I kapitel 3 zoomer vi ind på kommunerne. Vi opsamler og anskuer kommunernes konkrete erfaringer med de nye visitations- og opfølgningsregler og sætter deres erfaringer i relation til, hvordan indsatsen er organiseret på. Herunder ser vi på, hvorledes lægekonsulenten inddrages i opfølgningsindsatsen.

Kapitel 4 er viet til de praktiserende lægers erfaringer. Hovedspørgsmålene drejer sig om deres erfaringer med de nye lægeerklæringer til kommunerne og til virksomhederne og deres samarbejde med disse to instanser. Endvidere belyser vi bl.a., om den krævede dialog – eller konfrontation, om man vil – mellem læge og sygemeldte, når lægeerklæringerne udfyldes, har haft en positiv effekt.

I det afsluttende kapitel 5 vurderer vi loven fra virksomhedernes vinkel. Vi beskriver virksomhedernes rolle i sygedagpengeforløbene og

vurderer lovændringerne op imod centrale fikspunkter: virksomhedernes kontakt til de sygemeldte, brugen af omplaceringer og af delvise syge-/raskmeldinger. Et andet centralt punkt er virksomhedernes samarbejde med kommunerne, og endelig ser vi på virksomhedernes brug af lægeerklæringer generelt og den nye uarbejdsdygtighedserklæring specifikt.

SAMLET EVALUERING

En væsentlig del af ændringerne i sygedagpengeloven vedrører især opfølgningen af sygedagpengeforløb. Budskabet til kommunerne om at øge indsatsens arbejdsmarkedsfokus og at kanalisere administrative ressourcer hen mod de sygemeldte, der er i risiko for at miste fodfæstet på arbejdsmarkedet, synes i vidt omfang at være blevet taget til efterretning i kommunerne og reflekteret i deres sagsbehandling. Samtidig opleves det, at loven medfører større administrative byrder, bl.a. i form af dokumentationskrav, hvilket i praksis går ud over implementeringen af andre dele af loven. Det gælder således kommunernes bestræbelser på at koordinere indsatsen med andre deltagere på området; her tænkes navnlig på virksomheder, læger og andre aktører.

KOMMUNERNE HAR TAGET DE ADMINISTRATIVE REDSKABER TIL SIG

Væsentlige dele af den nye lov retter sig meget specifikt mod kommunernes administration af de enkelte sygedagpengesager. Med det formål at sikre en systematisk visitation og opfølgning, stilles der i loven krav om, at kommunerne benytter en række administrative redskaber (oplysningsskemaer, visitationskategorier og opfølgningssamtaler).

De fem case-kommuner synes i høj grad at have taget de administrative redskaber til sig og bruger dem i det daglige arbejde. En samlet vurdering er, at målet om systematik i sagsbehandlingen på sygedagpengeområdet er godt på vej til at blive opfyldt. Fordelene ved de nye redskaber og krav lader især til at være høstet i de kommuner, hvor sygedagpengeindsatsen før lovændringerne var mindst systematiseret. I disse kommuner har lovændringen været med til at strukturere arbejdet og opleves altovervejende positivt. I de kommuner, hvor administrationen af indsatsen også før lovændringerne var systematiseret, er de nye redskaber i nogen grad 'kommet på tværs' af eksisterende måder at organisere sig på. Redskaberne bruges, fordi det er et lovkrav, men begejstringen for dem er mindre. (Kapitel 3 gennemgår nærmere kommunernes organisering og brug af de forskellige redskaber).

Oplysningsskemaet

Af de tre nye administrative redskaber – oplysningsskemaet, visitationskategorierne og den opstrammede opfølgingsplan – er oplysningsskemaet det mindst kontroversielle. Alle case-kommunerne bruger det, og flere har brugt noget tilsvarende tidligere.

Ikke alle mener dog, at oplysningsskemaet kan stå alene, når en sygemeldt skal indplaceres i en af de tre visitationskategorier. I flere af case-kommunerne suppleres oplysningsskemaet standardmæssigt med andre oplysninger, fx arbejdsmarkedsportalens forsørgelseshistorik. Andre sender rutinemæssigt en anmodning om en lægeerklæring med oplysningsskemaet ud til den sygemeldte. Og flere kender til at ringe til den sygemeldte for at bede om yderligere eller præciserende oplysninger. I en kommune bruger man tillige, at ledige sygemeldte skal aflevere oplysningsskemaet personligt. Årsagen er, at man har gode erfaringer med denne allerførste kontakt mellem sygedagpengeafdelingen og den ledige.

Det står kommunerne frit for at designe deres eget oplysnings-skema eller tilrette det standardskema, KL har lavet. Indholdsmæssige klager til oplysningsskemaet kan kommunerne derfor i princippet selv gøre noget ved. Det er straks værre, at flere kommuner rapporterer om problemer med at få skemaerne retur fra de sygemeldte (og mere indholdstunge skemaer vil næppe mindske det problem). Flere kommuner fortæller, at de bruger tid på at rykke for skemaer. Ingen af case-kommunerne standser konsekvent dagpengene, hvis oplysningsskemaet ikke er tilbage inden den lovfastede tidsfrist på otte dage, men ser i

hvert enkelt tilfælde på den konkrete sag. En årsag til langmodigheden kan være, at den, der umiddelbart rammes, når dagpengekassen lukkes i, ofte er den sygemeldtes arbejdsgiver og ikke den sygemeldte selv. Det sker, når virksomheden udbetaler løn under sygdom og får refunderet dagpenge fra kommunen. En stram politik over for '8-dages-syndere' kan derfor resultere i flere ankesager fra arbejdsgivernes side. Selv uden en stram politik rapporterer en af case-kommunerne om mange af denne slags ankesager. Ud over det administrative besvær er en værre konsekvens, at sagerne går ud over forholdet til virksomhederne. Målet om øget inddragelse af virksomhederne i sygedagpengesagerne og kravet om konsekvens ved 'manglende medvirken' – den tekniske term for et for sent indsendt oplysningsskema – kan altså komme i konflikt med hinanden.

Ifølge de kommunale informanter er en uforbeholden positiv side ved oplysningsskemaet, at det på et tidligt tidspunkt får den sygemeldte til at overveje raskmelding og (delvis) tilbagevenden til arbejdet.

Visitationsredskabet: Glatsager, risikosager og længerevarende sager

Flere af case-kommunerne har erfaringer med at gruppere sygemeldte i forskellige kategorier, også fra før loven trådte i kraft. Loven har bevirket, at alle sygemeldte nu kommer igennem en sorteringsproces. Loven har desuden harmoniseret de kategorier, der bruges.

Ingen, hverken ledere eller sagsbehandlere i case-kommunerne, har noget at indvende mod princippet om at visitere sygedagpengesagerne og anvende forskellige opfølgningsregler afhængig af kategori. Kontroverserne ligger i, hvordan man kategoriserer, og hvad konsekvenserne af en given kategorisering er.

En særlig problematik er opstået i en kommune, hvor de fastsatte kategorier (glat-, risiko- og længerevarende sager) kom på tværs af de grupperinger, kommunen i forvejen brugte, hvilket har givet anledning til kritik. Den problematik ses der nærmere på i kapitel 3.

Den mere typiske problematik drejer sig om operationalisering af kategoriernes indhold. Loven opererer med tre kategorier:

- Sager, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet er umiddelbart forstående (kategori 1: Glatsager).
- Sager med risiko for langvarigt sygeforløb og risiko i forhold til arbejdsevnen (kategori 2: Risikosager).
- Sager, hvor lidelsen eller sygdommen medfører et længerevarende sygeforløb (kategori 3: Længerevarende sager).

En kvantitativ opgørelse har vist, at visitationen til de tre kategorier varierer efter region og kommunistørrelse (Høgelund, 2006).

Elastik i kategorierne

De kvalitative interview giver nogle bud på, hvad der kan ligge bag disse variationer. Først og fremmest giver sagsbehandlerne udtryk for, at "der er meget elastik i kategorierne". Hverken loven eller vejledningen til loven definerer præcist, hvordan kategorierne er afgrænset, og det giver plads til lokal fortolkning. Variationerne kan vise sig helt ned til de enkelte sagsbehandlere. Dog fortæller flere sagsbehandlere, at der, som månederne er gået siden lovens indførelse, er kommet mere overensstemmelse imellem de enkelte medarbejderes visitationer. Samhørigheden er ikke overraskende bedst i de kommuner, hvor visitationen til kategorierne sker i team og man derfor har hyppige erfarings- og meningsudvekslinger.

Deltager lægekonsulenten i visitationen?

Kategoriseringen kan også afhænge af, om kommunens lægekonsulent deltager i visitationen (visitationsudvalg). Lægeinddragelsen giver ikke nødvendigvis flere eller færre visitationer til en særlig kategori, men inddrager en lægelig vurdering af sagen på et meget tidligt tidspunkt. En lægekonsulent, der deltager i visitationen, fortæller således, at en sag kan ende i en anden kategori, end han umiddelbart havde forestillet sig, fordi sagsbehandlerne har andre (sociale) oplysninger på den sygemeldte.

Undervisitation til kategori 2?

Kommunale ledere, sagsbehandlere og lægekonsulenter er i undersøgelsen blevet spurgt, om de mener, der bliver underviseret til kategori 2, og i givet fald, om det opleves, at undervisitation skyldes ressourcehen-syn.

Langt hovedparten af interviewpersonerne er af den mening, at kategoriseringen sker ud fra det bedste faglige skøn, de, som sidder med visitationerne, er i stand til at lave.

Nogle enkelte er dog af en anden mening. En lægekonsulent siger således, at det er hendes oplevelse, at der skeles til ressourceforbruget, når der kategoriseres. Hun formoder endvidere, at der ville være flere kategori 2-sager i kommunen, hvis lægekonsulenten selv deltog i visitationsarbejdet, hvilket ikke er modellen i denne kommune. Kommunens sagsbehandlere deler ikke lægekonsulentens synspunkter.

I en anden kommune indrømmer de interviewede sagsbehandlere, at det ind imellem forekommer, at det faglige skøn, som visitationen bygger på, påvirkes af enten akut eller mere permanent mangel på ressourcer. Problemet vurderes ikke at være stort, da det primært kan henføres til bestemte perioder med personalemangel. Der bliver angivet to primære årsager til underkategoriseringer: Den ene drejer sig om at optimere personaleforbruget. Situationen opstår, hvis der er ledig kapacitet blandt de sagsbehandlere, der står for opfølgningen af kategori 1- og kategori 3-sager, mens de, der står for opfølgningen af kategori 2-sager, er overbebyrdede. Underkategoriseringen af 2'ere forklares altså i disse tilfælde med et ønske om et mere jævnt sagspres for alle. Den anden årsag til underkategorisering er alene et ønske om at kunne overholde tidsfristerne på opfølgningssamtalerne. Der er i disse tilfælde altså ikke tale om, at der andre steder i organisationen er ledig kapacitet, der kan trækkes ind.

En tredje årsag, der ikke har med kapacitetsproblemer eller kapacitetsudnyttelse at gøre, kan også spille ind mht. tilbageholdenhed med at visitere sygemeldte til kategori 2. I interviewene kom det således frem, at nogle sagsbehandlere er tilbageholdende med at indplacere en sygemeldt i kategori 2 for ikke at give den pågældende forkerte forventninger. Argumentet er, at får en sygemeldt kommunens ord for, at han eller hun er placeret i en risikogruppe (kategori 2), kan det skabe forventninger om, at sygeforløbet bliver langvarigt og kompliceret. Risikovurderingen kan dermed blive en selvopfyldende profeti.

Flere sagsbehandlere argumenterer i øvrigt for, at kategoriseringer altid kan ændres på et senere tidspunkt ved at lave en re-visitation. Den kvantitative gennemgang af sagsforløb viser dog, at re-visitationer er relativt sjældne (Høgelund, 2006). Det kan naturligvis skyldes, at der kategoriseres hensigtsmæssigt fra start. Men det kan også skyldes, som

flere sagsbehandlere siger, at de forsøger at undgå revisitationer. Dels fordi borgeren skal have besked herom, hvilket giver ekstra administration. Og dels fordi erfaringerne er, at de sygemeldte bliver usikre og forvirrede over et skift i deres situation, som de ikke ved, hvad indebærer.

Styrer diagnoser visitationen?

Lovens arbejdsmarkedsfokus betyder bl.a., at lovgiverne har ønsket, at sygedagpengeopfølgningen skal fokusere mindre på de sygemeldtes sygdom og mere på deres arbejdsevne. En given diagnose bør altså ses i lyset af, hvorledes den påvirker den enkelte sygemeldtes arbejdsevne.

Diagnoser spiller stadig en væsentlig rolle i visitationen, men ingen af de besøgte kommuner har en liste over diagnoser, der automatisk sender en sygemeldt i en bestemt kategori. Diagnoseoplysningerne kobles derimod til andre informationer, inden en sygemeldt kategoriseres. Det er særligt oplysninger om den sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet, forsørgelseshistorik og motivation, der er af betydning. Andre sociale forhold, fx nylig skilsmisse, svagt socialt netværk eller svage sprogkundskaber i dansk, tages kun sjældent i betragtning.

Set i lyset af ønsket om at gå fra et sygdomsfokus til et arbejdsevnefokus, er sagsbehandlernes brug af andre oplysninger end diagnoser en gavnlig fremfærd. Den gør sig dog tilsyneladende mest gældende i skellet mellem kategori 1 og 2. I skellet mellem kategori 2 og 3 spiller diagnoser efter alt at dømme en større rolle. Det kan være problematisk, fordi arbejdsevnen kan være lige så truet i længerevarende sager (kategori 3) som i risikosager (kategori 2). Man kan endog argumentere for, at den er mere truet i længerevarende sager end i risikosager, givet den dokumenterede sammenhæng mellem langvarigt fravær og formindsket chance for tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Et begrundet valg mellem de to kategorier med hensyntagen til arbejdsevnen er ikke muligt. Den forskel, vejledningen beskriver mellem de to kategorier, ligger da også alene i de diagnoser, som bruges til at eksemplificere henholdsvis kategori 2 og 3. Vejledningen giver altså ikke de kommunale forvaltninger redskaber til at komme ud over 'diagnose-kategoriseringen' mht. valget mellem kategori 2 og 3.

Prioritering af ressourcerne (fokus på kategori 2-sager)

Kommunerne har gjort lovens budskab om at prioritere de vanskeligste sager (kategori 2-sager) til sit. Flere udtrykker lettelse over, at tidligere praksis med differentieret opfølgning hermed er blevet lovliggjort.

Kategori 2-sager nyder i dag ofte en form for dobbelt bevågenhed. I overensstemmelse med loven bruges der relativt mere tid på opfølgning af disse sager, givet kravene om opfølgning hver fjerde uge og om personlig samtale frem for telefonisk kontakt. Dertil kommer, at man i alle fem case-kommuner bruger uddannede socialrådgivere til sagsbehandlingen af kategori 2-sager, mens der i flere tilfælde bruges ikke-socialfagligtuddannet personale (typisk HK'ere, som er blevet efteruddannet/opkvalificeret) til opfølgning af kategori 1-sager og evt. også kategori 3-sager. Der er således tale om en prioritering på både tid og faglighed.

Loven stiller ikke direkte krav om andet end tidsmæssig favorisering af kategori 2-sager. Flere af case-kommunerne fortæller da også, at den faglige prioritering ikke har rod i loven, men har været kommunens politik på området igennem flere år. I nogle af de undersøgte kommuner skyldes prioriteringen desuden rekrutteringsproblemer blandt socialrådgivere. I disse kommuner er der således et ønske om at opruste opfølgningsarbejdet fagligt, men trods de nødvendige normeringer og bevillinger, er der ledige socialrådgiverstillinger, der ikke kan besættes.

Blandede tilbagemeldinger om opfølgningsplanen

Opfølgningsplanerne har det formål at sikre, at indsatsen har fokus på tilbagevenden til arbejdsmarkedet, samt at skabe overblik over opfølgningssamtaler, lægeoplysninger og kontakt til arbejdsgiver (hvis det er relevant).

Begejstringen for opfølgningsplanen i kommunerne er ikke overvældende. Sagsbehandlerne anerkender, at opfølgningsplanen sikrer, at de kommer hele vejen rundt om en sag. Problemet med den ligger i, at den er administrativt tung. Vurderingen af størrelsen på problemet varierer mellem de forskellige kommuner, der deltog i undersøgelsen. I nogle kommuner mener sagsbehandlerne, at besværet er overskueligt. Men det er selvfølgelig irriterende at bruge tid på at forberede en opfølgningsplan efter første opfølgningssamtale, der aldrig bliver brugt, fordi sagen afsluttes inden anden samtale. Det er også en kilde til irritation, at flere af de

samme oplysninger fra opfølgningsplanen tillige skal noteres i journalen, selvom skriveprogrammets 'klippe-klistre-funktion' mindsker besværet.

I andre kommuner er sagsbehandlerne af den opfattelse, at det administrative besvær er af et sådant omfang, at det går ud over selve sygedagpengeopfølgningen. Holdningen er, at tiden, der bruges på overdreven registrering, kunne bruges bedre på den egentlige opfølgning.

Uden for de kommunale rækker får opfølgningsplaner støtte fra en uventet kant, nemlig fra en leder i en større offentlig virksomhed. Ifølge denne leder gør opfølgningsplaner kommunerne mere interesserede i at konkretisere deres samarbejde med virksomheden, fordi de – kommunen – gerne vil give deres planer indhold. Det skal dog siges, at det samarbejde med den pågældende kommune, som denne virksomhedsleder beskriver, er langt tættere, end hvad andre ledere refererer, og end hvad vi må antage at være typisk forekommende.

KOORDINERING? MEST AF ENKELTSAGER

I loven præciseres det, at kommunerne har pligt til at koordinere den kommunale indsats med indsatsen fra andre. Både loven og den hidtidige vejledning sætter fokus på koordinering i enkeltsager, selvom der i loven indgår en mere bred formulering om, at "Kommunen skal have fokus på at udvikle samarbejdet med de praktiserende læger og med arbejdspladserne" (§ 9 stk. 1).

Denne evaluering har ikke set på det specifikke indhold af enkeltsags-koordinering. Kommunale sagsbehandlere, praktiserende læger og virksomhedsledere er alene blevet spurgt til, hvorledes samarbejdet mellem dem generelt vurderes. På baggrund af interviewmaterialet må det konkluderes, at loven ikke har givet anledning til større ændringer mht. samarbejdet mellem kommuner, praktiserende læger og virksomheder, hverken i enkeltsager eller på et mere generelt niveau, hvor overordnede aftaler og samarbejdsformer kunne udvikles.

Det synes der at være to overordnede grunde til. Den ene er, at forvaltningerne har været meget mere optagede af at sikre implementeringen af de administrative redskaber. Indførelsen af oplysningsskemaer, visitationskategorier og opfølgningsplaner er i vid udstrækning blevet prioriteret på bekostning af udvikling af samarbejdet med eksterne aktører. Det må også indskydes, at mange kommuner bruger store kræfter på

at komme på plads i forhold til kommunalreformen, hvilket også har gjort koordineringen af sygedagpengeindsatsen til et underprioriteret område.

Prioriteringen af indførelsen af de administrative redskaber frem for på koordineringen af indsatsen hænger givetvis også sammen med truslen om økonomiske sanktioner, hvis redskaberne ikke bruges. Og dermed er vi henne ved den anden overordnede grund til det manglende fokus på koordinering. I princippet vil kommunerne kunne blive økonomisk straffet for ikke at koordinere opfølgningsindsatsen (jf. passus i loven om, at staten kan tilbageholde refusion, hvis kommunerne ikke opfylder sin pligt til at følge op efter lovens forskrifter). Der er dog fra lovgivers side ikke udviklet måder at måle koordineringen på. Brugen af de administrative redskaber kan derimod overvåges via indberetningerne til jobindsats.dk, og det står eksplicit i loven, at det vil ske. Det fremgår derimod indirekte af bemærkningerne til loven, at kommunerne kun kan straffes økonomisk, hvis der er manglende koordinering i enkeltsager. En manglende overordnet koordinering taler loven ikke om. Det er ellers især den overordnede koordinering, specielt de praktiserende læger sukker efter.

Manglende strategi for samarbejde med praktiserende læger

”Når tingene kommer lidt på plads, så ...” Flere af case-kommunerne er meget bevidste om, at samarbejdet med de praktiserende læger halter. Det kan halte mere eller mindre alvorligt, men ingen af de fem deltagende kommuner er tilfredse med lægesamarbejdet, som det fungerer lige nu. Det er lægerne heller ikke.

Et gennemgående træk ved lægesamarbejdet i alle fem kommuner er, at det er reduceret til enkeltsager. Et godt samarbejde forstås derfor typisk som et, hvor læge og sagsbehandler kan ringe til hinanden og få afklaret forskellige konkrete spørgsmål om en given sygemeldt person. Det sker som oftest som led i udfyldelsen af en attest i lægens tilfælde, eller ved læsningen af en attest i sagsbehandlerens tilfælde. I den forbindelse siger nogle af sagsbehandlerne, at den nye lægeattest, LÆ 255, gør det lidt nemmere at ringe til lægen og stille uddybende spørgsmål.

En kommune havde tidligere (før lovændringen) et glimrende enkeltsags-samarbejde til både kommunens og lægernes store tilfredshed. Det bestod i, at en sagsbehandler fast tog på rundtur mellem kommu-

nens praktiserende læger ca. en gang om måneden. Med sig havde hun et udpluk af de sygedagpengesager, som den pågældende læge eller det pågældende lægehus var involveret i. Sagerne – typisk 8-10 stykker – blev så gennemgået på et møde i lægernes praksis, og relevante spørgsmål blev afklaret på stedet. Lægerne kunne endog, efter samtykke fra patienterne, bringe sager til kommunernes opmærksomhed, før de blev sygedagpengesager. Desværre, siger de af interviewpersonerne, der har prøvet modellen, fungerer den ikke mere, fordi forvaltningen har haft rekrutteringsproblemer blandt socialrådgivere. Ordningen var finansieret af det lokale koordinationsudvalg.

Den jævnlige og uformelle kontakt mellem forvaltning og praktiserende læger i denne samarbejdsmodel blev skattet, også fordi det tog brodden af den usikkerhed, mange læger har med det kommunale system. Læger i alle de fem case-kommuner efterlyser på den ene eller anden måde et bedre overordnet samarbejde med kommunen. De bevidner dermed, at forvaltningerne i udpræget grad mangler at gøre sig strategiske overvejelser om, hvad de egentlig skal med lægesamarbejdet (herunder også, hvordan man ønsker at inddrage lægekonsulenten, se kapitel 3).

En mere ambitiøs strategi omkring lægesamarbejdet kunne fx bestå i at lave forpligtigende aftaler omkring særlige politikker over for udvalgte grupper af sygemeldte. Uden for kredsen af de fem case-kommuner kendes til aftaler mellem en forvaltning og kommunens praktiserende læger om, at patienter med specifikke diagnoser i første omgang får relativt korte sygemeldinger på 3-4 uger frem for 2-3 måneder. Særlige aftaler kan også laves omkring udvalgte målgrupper, uden at diagnosen er det afgørende.

Selv en mådeholden strategi, hvor forvaltningen alene ønsker at bruge lægerne til at sikre den nødvendige dokumentation i sagsbehandlingen, kræver øget overordnet samarbejde. Mange af de interviewede læger er fx særdeles usikre på, hvad forvaltningen faktisk forventer af dem, når de bliver anmodet om at udfylde en *Attest om mulighed for at varetage et arbejde* (en LÆ 255). Og praksis er derfor mangfoldig: Nogle udfylder konsekvent altid del 2. Andre udfylder konsekvent aldrig del 2, medmindre kommunen eksplicit har bedt om det. Nogle mener, at man bør sætte flere krydser i en spørgsmålsblok. Andre mener, at kryds ét sted udelukker kryds et andet sted. Nogle føler sig frie til at tilføje eller forklare sig i fritekst i marginen. Andre skriver i noteform.

De uafstemte forventninger skaber frustration. Frustration fra lægernes side, fordi de ikke ved, hvad der bliver forventet af dem, og hvad den attest, de skriver, bliver brugt til. Og frustration fra sagsbehandlerens side, fordi ”krydserne bliver tyndere og tyndere”, dvs. der står færre og færre uddybende kommentarer og krydserne forekommer ikke at ‘passe til’ det samlede billede af den sygemeldte i øvrigt. Derfor er der i høj grad brug for at ruske liv i de samarbejdsudvalg mellem læger og forvaltning, som faktisk findes i de fleste kommuner, men som for manges vedkommende lever en hensygnende tilværelse.

Uændret samarbejde med virksomheder

Datamaterialet giver ikke anledning til at konkludere, at samarbejdet mellem kommunerne og virksomhederne omkring sygedagpengeopfølgningen er blevet ændret væsentligt som følge af lovændringerne. Ligesom på lægeområdet ser der ikke ud til at være sket nogen udvikling i koordineringen af indsatsen. Men der er flere væsentlige forskelle mellem lægesamarbejdet og samarbejdet med virksomhederne, der er værd at holde i mente, når resultatet fortolkes. Virksomhederne er som aktør betragtet af en helt anden størrelse end lægerne. De er langt flere, men har langt færre erfaringer med sygedagpengeforløb. Endvidere varierer virksomhedernes interesse for at være fleksibel og ‘rummelig’ typisk fra sag til sag afhængigt af, hvor værdsat den sygemeldte medarbejder er, som en given sygedagpengesag drejer sig om.

Dertil kommer, at som udgangspunkt giver både sagsbehandlere og virksomheder samarbejdet prædikatet ”OK”. Virksomhederne efterlyser ikke mere overordnet kontakt med kommunen. Deres erfaringer med kommunerne mht. enkeltsager er blandede, men overvejende positive.

Sagsbehandlerne og lederne af sygedagpengeafsnittene giver i højere grad udtryk for ønsket om et mere veludviklet virksomhedssamarbejde, men det fremstår ikke som noget stort behov. De fleste kender til virksomheder, der opfattes som ufleksible og svære at samarbejde med. Men modsat beretter de også om virksomheder, der strækker sig umådeligt langt for at fastholde en værdsat medarbejder.

Der er således generelt set hverken kræfter, der trækker eller skubber på for, at det overordnede virksomhedssamarbejde skal udvikle sig. I et par af de fem case-kommuner er der blevet gjort spæde forsøg på at afholde temamøder om sygedagpengeproblematikker for virksom-

hedsledere (i koordinationsudvalgsregi), men med meget ringe fremmøde fra virksomhedernes side.

Samarbejdet koncentrerer derfor også her omkring enkeltsager. Men givet virksomhedernes forskelligheder på en række centrale punkter (produktionsmetode, konkurrenceudsathed, personalepolitik og størrelse, for blot at nævne nogle) vil kommunerne formentlig få mere ud af at koncentrere sig om netop at udvikle virksomhedssamarbejdet omkring enkeltsager end på det mere overordnede plan. Det spiller også ind, at det konkrete samarbejde omkring en sygemeldt er en relativt sjælden begivenhed i de fleste virksomheder (til sammenligning er lægerne i en kommune en relativt lille og homogen gruppe, der i deres daglige arbejde hyppigt står over for en sygemeldt).

Der er kun begrænsede indicier på, at enkeltsags-samarbejdet er blevet opprioriteret på baggrund af lovændringerne ud over det niveau, der naturligt følger med et øget fokus på delvis tilbagevenden til arbejdspladsen. Kun i en enkelt kommune var der således systematisk fokus på inddragelse af arbejdsgiveren via et punkt på en skabelon for opfølgningssamtaler mellem sagsbehandlere og sygemeldte.

Det er dog vigtigt at holde sig i mente, at disse magre tiltag ikke nødvendigvis giver hele billedet. Undersøgelsen har som sagt ikke set på faktiske forløb i enkeltsager. I loven lægges der op til, at en måde at koordinere kommunens sygedagpengeindsats med virksomhedernes på er at tilskynde den sygemeldte til at holde kontakt til sin arbejdsplads. Sagsbehandlere siger, at det gør de meget. De deltagende virksomhedsledere fortæller, at der som oftest er en eller anden kontinuerlig kontakt mellem en længerevarende sygemeldt medarbejder og virksomheden. Men det er umuligt via tredjehånd (virksomhedslederne) at vurdere, om kontakten skyldes øget fokus fra kommunernes side eller andre forhold. Datamaterialet giver alene basis for at sige, at virksomhedslederne ikke oplever, at kommunerne er mere fremme i skoene på dette punkt end før lovens indførelse. Hvorvidt det reelt er tilfældet, kan materialet ikke sige noget om.

ANDRE AKTØRER

‘Andre aktører’ er i denne sammenhæng en fællesbetegnelse for private konsulentfirmaer, revalideringsinstitutioner, uddannelsesinstitutioner, a-

kasser og fagbevægelser, arbejdsmedicinske afdelinger og andre virksomheder, der får til opgave at stå for dele af opfølgningsindsatsen. Andre aktører har i en årrække været anvendt på sygedagpengeområdet, men ikke i nær samme udstrækning som på det beslægtede beskæftigelsesområde. Brugen af andre aktører på beskæftigelsesområdet har nu også mestendels fundet sted inden for AF-systemet og kun i mindre omfang i kommunernes beskæftigelsesindsats (Bredgaard & Larsen, 2006).

Loven forsøger at fremme brugen af andre aktører på sygedagpengeområdet på to måder. Først og fremmest ved at gøre opmærksom på lovgivernes ønske om, at de bruges. Ønsket følges ikke op med noget krav til kommunerne om, at de bruges. Men det præciseres, hvor i opfølgningsforløbet andre aktører kan bruges – nemlig i afklaringsfasen og i tilbagevendelsesfasen.

De indhentede interview giver ikke anledning til at tro, at der er sket nogen rivende udvikling inden for brugen af andre aktører på baggrund af lovændringerne. Ifølge en kommunal leder er den eneste forskel på tiden før og efter lovens ikrafttræden, at nu modtager sygedagpengeafsnittet langt flere henvendelser fra andre aktører, der vil sælge deres ydelser end tidligere.

To af de fem case-kommuner har erfaringer med brugen af andre aktører. I begge tilfælde rækker erfaringerne tilbage fra før loven trådte i kraft, og der meldes ikke om øget brug efter lovens indførelse. Sammenfaldende for de to kommuner er også, at andre aktører benyttes til afklaringsforløb af sygemeldte ledige med en særlig svag tilknytning til arbejdsmarkedet (sygemeldte 'svage ledige').

Erfaringerne med de andre aktører er overvejende positive. Den ene kommune beretter, at 9 ud af 10 sygemeldte, der har gennemgået et forløb skræddersyet af andre aktører, nu er i arbejde. I den anden kommune er resultaterne mere svingende. På et punkt er ingen af kommunerne begejstrede. Ventetider hos udbyderen på op til seks uger, før et skræddersyet forløb går i gang, passer dårligt sammen med ønsket om en tidlig og tæt opfølgningsindsats.

DELVIS TILBAGEVENDEN TIL ARBEJDE

Et vigtigt mål med lovændringerne er at sætte fokus på sygemeldtes delvise tilbagevenden til arbejde. Sagsbehandlere er således med den nye

lov forpligtede til at undersøge mulighederne for gradvis tilbagevenden i deres opfølgningsarbejde.

Der er to forskellige redskaber, som kommer i brug her, der ligner hinanden så meget, at de ofte – også her – nævnes sammen, nemlig delvise syge- og raskmeldinger. En delvis sygemelding kommer i brug, når en ansat bliver syg og af den grund er fraværende fra sit arbejde noget af tiden. En delvis sygemelding kan som regel aftales alene mellem medarbejderen og arbejdsgiveren (jf. www.ams.dk). En delvis raskmelding kommer i brug, når en sygemeldt genoptager arbejdet på nedsat tid (eller på skånehensyn). En sådan ordning aftales almindeligvis mellem den ansatte, virksomheden og kommunen (ibid.). I praksis skelner kun få skarpt imellem de to instrumenter.

Hvad lægerne angår, bedes de – som hidtil på lægeerklæringen til virksomhederne (uarbejdsdygtighedserklæringen) – angive, om uarbejdsdygtigheden kun er delvis. Et kryds i ‘delvis-boksen’ uddybes med forventet længde og omtrentlig grad af den delvise reduktion af arbejdsvejen. Det nye mht. delvis tilbagevenden ligger i at kunne kombinere ‘delvis-erklæringen’ med funktionsoplysninger. Den nye uarbejdsdygtighedserklæring giver lægerne mulighed for at angive, hvilke funktioner en sygemeldt bør undgå (fx løft, stående arbejde eller natarbejde). Formålet er, at man ad denne indirekte vej får gjort opmærksom på, at den sygemeldte muligvis kan varetage andre funktioner på arbejdspladsen, fx i forbindelse med en delvis raskmelding. Lægen er forpligtet til at udfylde feltet om funktionsoplysninger, også selvom en delvis syge-/raskmelding ikke er aktuel, fordi skånehensyn også kan være relevante i forhold til at undgå tilbagefald eller nye sygdomme på permanent basis.

Positive erfaringer, men ...

Sagsbehandlere, læger og virksomheder har mange positive vinkler på sygemeldtes delvise tilbagevenden til et arbejde.

Flere virksomhedsledere lægger i interviewene vægt på både en social og en faglig værdi af at få en sygemeldt medarbejder tilbage, selvom det kun er få timer om ugen. På længere sigt ligger værdien i, at fastholdelse sparer virksomhederne for store udgifter til rekruttering og oplæring. Lægerne peger på, at en delvis syge-/raskmelding ofte er med til at gøre den sygemeldte hurtigere rask eller mindre syg, både socialt og medicinsk set. Sagsbehandlere er enige i virksomhedernes og lægernes argumenter og glæder sig i det omfang, delvise syge-/raskmeldinger re-

ducerer sygefraværet. De er imidlertid også opmærksomme på, at for nogle kan en delvis tilbagevenden blive en bekvem nedsættelse af arbejdstiden, også når helbredet er godt igen.

Brugen af delvis tilbagevenden er steget støt de senere år. Det seneste totale gennemsnit, som det fremgår af jobindsats.dk (Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2006), viser, at fra januar til september 2006 blev delvis syge-/raskmeldinger brugt i 6,4 pct. af alle forløb. Det er ikke noget overvældende tal, men fraregnes de kortvarige sygedagpengeforløb (under otte uger), hvor brugen af delvis tilbagevenden må formodes at være mindst relevant, og hvor kommunen endnu ikke har påbegyndt opfølgningsindsatsen, stiger tallet til 19,3 pct. I de igangværende forløb, der har varet mellem 14 og 26 uger, når tallet næsten op på en fjerdedel (23,8 pct.).

Ingen interviewpersoner taler dog om, at 'loftet' for brugen af delvis tilbagevenden er nået, men påpeger derimod en række hindringer, der gør, at ordningen ikke bruges endnu mere. Det er karakteristisk, at de fleste interviewpersoner er bedst til at udpege årsager, der har med andre aktørgrupper end deres egen at gøre.

Virksomheder: Læger mangler øje for delvis tilbagevenden

Virksomhederne anklager lægerne for ikke at have øje for delvis tilbagevenden. Virksomhederne oplever, at rubrikken *delvis uarbejdsdygtig* uhyre sjældent er krydset af. Lægerne er – stadig i virksomhedernes øjne – alt for hurtige med at "dømme folk ude" i 2-3 måneder uden tilsyneladende at overveje, om det ville være relevant at benytte en delvis sygemelding. Lægerne klandres for overdreven og misforstået hensyntagen til den sygemeldte.

Lægernes kritiseres tillige for ikke at give fyldestgørende funktionsoplysninger på uarbejdsdygtighedserklæringen. Det betyder, at virksomheden ikke har tilstrækkelige helbredsoplysninger til at kunne finde og tilpasse relevante skånebehov i en given sag, hvad enten det drejer sig om en delvis tilbagevenden fra en sygemelding eller en mere permanent indsats for at undgå tilbagefald eller ny sygdom. Det kan tilføjes, at det er en udbredt misforståelse blandt praktiserende læger, at funktionsoplysningerne alene skal udfyldes, når der krydses af i feltet med delvis tilbagevending (jf. Fabricius-Bjerre & Nielsen, 2006).

Læger: Barrieren findes hos virksomhederne

Ifølge lægerne ligger problemet derimod hos virksomhederne. Flere har erfaringer med patienter, der beder om en fuld sygemelding, fordi arbejdsgiveren ikke er interesseret i at have vedkommende i arbejde på deltid eller på skånebetingelser. En årsag hertil kan fx være, at det kan være lettere at få en velfungerende fuldtidsvikar end en ditto deltidsvikar.

En del læger siger på den baggrund, at de ikke skriver *delvis uarbejdsdygtig*, medmindre de på forhånd ved, at både den sygemeldte og arbejdsgiveren er indforståede. Andet er ikke besværet værd: Er virksomheden ikke indforstået med, at den sygemeldte vender delvist tilbage til jobbet, og forlanger vedblivende en heltidssygemelding, som lægen nægter at udstede, vil kommunen kunne tilbageholde virksomhedens refusion af dagpenge. Skaber man den konflikt, risikerer man, at den sygemeldte fyres – og hvad har man så opnået?

Lægerne siger dog også samstemmende, at brugen af delvise syge-/raskmeldinger er for opadgående. De peger på tre årsager: Dels en holdningsændring hos patienterne, der betyder, at disse selv er begyndt at tænke i delvis tilbagevenden. Dels mere funktionsfleksible arbejdspladser, hvor omplaceringer og skånehensyn er lettere at realisere i det daglige. Dels, og vigtigst, en voksende efterspørgsel efter arbejdskraft, hvorfor virksomhederne er stadig mere interesserede i at beholde deres allerede ansatte selv på deltid. Virksomhederne er enige i det sidste.

Gør kommunerne nok?

De kommunale sagsbehandlere deler for deres vedkommende ris ud til både læger og virksomheder for at have tilbageholdende indstillinger til brugen af delvise syge-/raskmeldinger. Lægerne klandres for ikke ofte nok at opfordre – og presse – deres patienter til en delvis tilbagevenden fra en sygemelding. Ifølge sagsbehandlerne skyldes det dels misforstået hensyntagen i den overbevisning, at ro og passivitet er det bedste for helbredelsen. Dels, og ikke mindst, skyldes det lægernes uvilje mod at tage en eventuel konflikt med patienten.

Sagsbehandlerne vurderer overvejende, at virksomhederne gerne vil bruge delvise syge-/raskmeldinger, men kun for en mindre del af deres ansatte. Flexibiliteten ophører ifølge sagsbehandlerne, når den sygemeldte ikke er en kernemedarbejder; typisk medarbejdere med lang anciennitet og/eller centrale kompetencer for virksomheden.

Men den kommunale indsats på området bliver omvendt heller ikke genkendt af hverken læger eller virksomheder. Fra begge aktørgrupper hedder det, at kommunerne ikke skubber nok på. Virksomhederne er interesserede i, at kommunerne er hurtigere ude og har fokus på delvise sygemeldinger, også i mindre komplicerede sygeforløb. Det er et ønske, der til en vis grad strider mod kommunernes prioritering af kategori 2-sager.

Sagsbehandlerne mener selv, at de er meget opmærksomme på muligheden for delvis tilbagevenden, og at de rutinemæssigt taler med de sygemeldte om mulighederne. Sagsbehandlerne kan altså have været med til at præge den holdningsændring, lægerne oplever blandt patienterne, men eftersom vi i denne undersøgelse ikke har talt med de sygemeldte, er det svært at vurdere sagsbehandlerne rolle. Interviewene i kommunerne giver dog klart det indtryk, at sagsbehandlerne altovervejende sætter ind direkte over for de sygemeldte. Det er de sygemeldte selv, der opfordres til at tale med arbejdsgiverne om mulighederne for delvis tilbagevenden til arbejdet. Sagsbehandlerne retter sjældent selv direkte henvendelse til virksomhederne.

Kommunernes indsats for at begrænse 'bekvemmelighedsbrugen' af delvise syge-/raskmeldinger er i visse tilfælde upopulær hos virksomhederne. Bekvemmelighedsbrugen hentyder til tilfælde, hvor den sygemeldte har vænnet sig til et reduceret timetal eller begrænsede arbejdsopgaver og ikke har nogen hast med at komme på fulde omdrejninger, selvom helbredet skønnes at kunne holde til det. Fra virksomhedens synspunkt indebærer en (for tidlig) genoptagelse af arbejdet på fuld tid en risiko for tilbagefald. I givet fald 'straffes' virksomheden med en ny virksomhedsbetalt dagpengeperiode på 14 dage.

Ledighed går ikke i spænd med delvise syge-/raskmeldinger

Delvise syge-/raskmeldinger styrker den sygemeldtes tilknytning til arbejdspladsen. For ledige, der i sagens natur ikke har en arbejdsplads, har instrumentet derimod nogle alvorlige indbyggede modsætninger. Også risiko for ledighed hæmmer brugen af delvis tilbagevenden.

Problemet, der hverken er nyt eller 'skabt' af lovændringerne, ligger i en konflikt imellem sygedagpengereglerne og rådighedsreglerne for ledige. For en sygemeldt gælder, at kommunen er forpligtet til at reducere sygedagpengene, hvis personen kun er delvis uarbejdsdygtig. For ledige gælder, at dagpenge eller kontanthjælp kun må udbetales, hvis

den ledige står fuldt til rådighed for arbejdsmarkedet. Det gør en delvis sygemeldt ledig ikke. A-kassen eller kommunens kontanthjælpsafsnit skal derfor tilbageholde enten dagpenge eller kontanthjælp. En delvis sygemeldt ledig falder derfor imellem to stole, hvor vedkommende hverken er berettiget til fulde sygedagpenge under sygedagpengereglerne eller til dagpenge eller kontanthjælp som ledig.

Fra interviewmaterialet ses det, at både kommuner og læger forsøger at 'sætte kikkerten for det blinde øje'. Lægerne kender i vid udstrækning til problemet. Deres pragmatiske løsning er som oftest at skrive en fuld sygemelding for på den vis at undgå, at patienten kommer i klemme i systemet. Det er tilsyneladende sjældent, at en sådan lægeerklæring antastes af kommunen.

Samtidig fortæller flere læger, at de er tilbageholdende med at foreslå gradvis tilbagevenden for ansatte sygemeldte, hvis de mener, der kan være en risiko for en snarlig fyring. Det er underordnet, om fyringen er begrundet i sygefraværet eller fx dårlige konjunkturer for virksomheden. Lægernes tilbageholdenhed skyldes, at en delvis syge-/raskmelding kan betyde reducerede dagpenge i tilfælde af ledighed. Det sker, fordi arbejdsløshedsdagpengenes størrelse udregnes på baggrund af den sidste måneds lønindtægter, som i tilfælde af en delvis syge-/raskmelding vil være mindre end normalt. Modsat kunne det naturligvis fremføres, at en delvis syge-/raskmelding kunne reducere risikoen for, at den sygemeldte fyres.

Kommunernes iver efter at finde kandidater til delvise syge-/raskmeldinger blandt ledige sygemeldte er også begrænset. En sagsbehandler fortæller, at hun slet ikke nævner muligheden for delvise syge-/raskmeldinger i opfølgningsamtalerne med ledige sygedagpengemodtagere. Hun angiver som årsag, at a-kasserne ikke vil vide af delvist sygemeldte ledige, om end hun i samme åndedræt anerkender, at de fleste a-kasser accepterer tilmeldte ledige, der kun står til rådighed for arbejde med specielle karakteristika, fx ikke-rygbelastende arbejde.

Problemet skubbes altså over til a-kasserne. Både læger og sagsbehandlere nævner, at et særligt problem med a-kasserne opstår, når årsagen til sygemeldingen mere synes at være en arbejdskonflikt end en medicinsk sygdom. Det er formentlig også i sådanne tilfælde, at delvise syge-/raskmeldinger fremstår som særligt relevante, fordi den sygdomsmæssige del af problemet ofte er mindre (problematikken omkring bru-

gen af sygemeldinger som redskab i arbejdskonflikter tages op igen i kapitel 4).

Og endelig er det en hurdle i brugen af delvise syge-/raskmeldinger for ledige, at virksomhederne som udgangspunkt ikke står i kø for at ansætte en medarbejder, der ikke er fuldt arbejdsduelig.

PERSPEKTIVERING

Implementeringen af de vedtagne lovændringer er i udpræget grad blevet lagt ud til kommunerne selv. De fem case-kommuner har taget opgaven på sig med varierende omhu og ildhu. Der synes at være to stærke og supplerende motivationsfaktorer for at implementere loven i case-kommunerne. Den ene er truslen om økonomiske sanktioner over for kommunerne, hvis de administrative redskaber ikke bruges efter lovens forskrifter. Det giver implementeringen et snævert fokus på selve sagsbehandlingen (brugen af oplysningsskema, kategoriseringsværktøjet og opfølgningsplaner) og overholdelse af de tidsfrister, loven stiller op. Den anden motivationsfaktor er en udbredt norm om, at lov skal holdes. Lovens fokus på den konkrete sagsbehandling giver her samme effekter som den økonomiske motivation.

Loven er ikke blevet akkompagneret af noget videre understøttende materiale eller initiativer, der kunne hjælpe implementeringen på vej. Det er karakteristisk, at de tiltag, der er kommet, er kommet sent og i flere tilfælde efter, at herværende undersøgelse er foretaget. Det gælder således vejledningen til loven, der blev sendt ud små tre måneder efter lovens ikrafttræden. Et redskab, der skal hjælpe de kommunale sagsbehandlere med visitationen af sygemeldte til de tre sagskategorier og med opfølgningssamtalerne, er først ved at blive udviklet i efteråret 2006. Og for lægerne gælder, at en kursusrække, der skal undervise dem i, hvorledes den nye lægeerklæring til kommunen (LÆ 255) udfyldes, først er påbegyndt i forsommeren 2006 og endnu løber i efteråret 2006.

Set i lyset af denne undersøgelses resultater, er hovedproblemet med disse tiltag dog næppe, at de er kommet sent. Det er snarere, at de understøtter en snæver fokusering på den kommunale sagsbehandling frem for at se på sygedagpengeindsatsen i et bredere perspektiv. En effektiv sagsbehandling med en tæt, risiko-fokuseret opfølgningsindsats er vigtig i forhold til det overordnede mål med at nedbringe sygefraværet.

Men uden brede, overordnede rammer, hvor den kommunale indsats bindes sammen med (især) lægernes og virksomhedernes, synes mulighederne for et væsentligt kvalitativt løft af indsatsen at være begrænsede.

Opfyldelsen af behovet for metodeudvikling af sagsbehandler-nes visitation og afholdelse af opfølgningssamtaler bør derfor ikke stå alene. I forhold til at opfylde lovens hensigt om en bedre og mere effektiv sygedagpengeindsats kan der konstateres et stort og forbigået behov for strategisk tænkning og metodeudvikling af de overordnede rammer for sygedagpengeindsatsen: Hvilke strategier og organisatoriske rammer gør det lettere at skelne mellem problemer relateret henholdsvis til sygdomme, livssituationer og arbejdskonflikter? Hvordan sikrer forvaltningen den bedste udnyttelse og udvikling af de involverede faggruppers kompetencer (særligt socialrådgivere og lægekonsulenter)? Hvordan udvikles samarbejdet med de praktiserende læger fra at være enkeltsagsrelateret til at have strategisk og forpligtende substans? Hvordan gøres virksomhederne mere synlige i indsatsen, og gerne i den forebyggende indsats? For nærværende vender vi blikket mod de centrale aktørgruppers faktiske erfaringer med loven.

ERFARINGER FRA KOMMUNERNE

I dette kapitel gennemgår vi undersøgelsens resultater ud fra kommunernes perspektiv. I kapitlet beskriver vi kommunernes organisering af indsatsen på sygedagpengeområdet samt de ændringer, som den nye lovgivning har medført. Endvidere beskriver vi praksis omkring visitation og kategorisering, brugen af oplysningsskemaet og brug af lægeoplysninger og lægesamarbejde.

Lovændringen prioriterer en række forhold, som har betydning for den kommunale indsats i sygedagpengesagerne. Blandt lovændringens vigtigste intentioner er:

- Øget fokus på komplicerede sager. Kommunernes indsats skal målrettes, så indsatsen koncentrerer på de sager, hvor der er størst risiko for, at den sygemeldte mister arbejdsmarkedstilknytningen.
- Der skal 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.
- Kommunen skal koordinere indsatsen mellem arbejdsgiveren, lægen og det øvrige sundhedssystem, så der opnås en mere sammenhængende indsats.

Kommunerne er således på mange områder de centrale aktører i forhold til lovændringens intentioner og instrumenter. Ud over de generelle in-

tentioner i retning af større fokus på arbejdsfastholdelse og prioritering af den kommunale indsats indeholder lovgivningen også en række nye, specifikke krav til kommunernes sagsbehandling. Disse direkte og indirekte krav til kommunerne har været genstand for en implementeringsproces i den enkelte kommune, som har påvirket sagsbehandlingen og organiseringen af sygedagpengeområdet i forskellig grad fra kommune til kommune.

I dette kapitel gennemgår vi den kommunale indsats i sygedagpengesagerne med henblik på at vise, hvorledes kommunerne i praksis har implementeret lovgivningens intentioner og instrumenter i deres organisation. Vi ser også på, hvorledes disse ændringer har påvirket den konkrete sagsbehandling i sygedagpengesagerne. Det skal påpeges, at eftersom undersøgelsen bygger på et kvalitativt interviewmateriale fra et begrænset antal case-kommuner (fem), kan undersøgelsens resultater ikke antages at være repræsentative for alle kommuner. Som nævnt i kapitel 1, er kommunerne udvalgt med det formål at få en vis spredning på en række forskellige karakteristika. Formålet med undersøgelsen er således at give en række eksempler på, hvordan kommunerne i praksis har implementeret lovgivningen, og herunder se på de forskelle, der er kommunerne imellem.

KOMMUNERNES ORGANISERING AF INDSATSEN

De fem kommuner i undersøgelsen har betydelige variationer i måden, visitations- og opfølgingsarbejdet er organiseret på. En del af de organisatoriske forskelle, fx ledelsesstruktur og anvendelse af faglige konsulenter, udspringer af kommunernes forskellige størrelser. Andre forhold, såsom visitationsprocedure, fordeling af sager til opfølgingsmedarbejdere og medarbejdernes specialiseringsgrad er tilsyneladende forholdsvis uafhængige af kommunestørrelsen. I forbindelse med lovændringen er der i alle kommunerne sket større eller mindre ændringer i organiseringen af sygedagpengeafdelingens struktur såvel som af det daglige arbejde. Den måde, kommunerne opfatter lovændringens konsekvenser på, er i høj grad afhængig af, hvordan kommunens indsats var organiseret inden lovændringen.

Lidt firkantet kan man sige, at der tegner sig et billede af, at jo mindre organiseret og struktureret kommunens indsats var i forvejen,

desto mere positivt ser man fra kommunens side på lovændringen og dens konsekvenser. Dette er næppe overraskende al den stund, at et væsentligt element i lovgivningen var en større grad af detailregulering af kommunernes indsats med hensyn til prioritering af opfølgningsindsatsen. Disse nye krav kan ses som en hjælp i kommuner, som har haft brug for en bedre prioritering og organisering af indsatsen. Men de samme krav kan på den anden side kolidere med allerede eksisterende strukturer og praksis i kommuner, som allerede havde en stærkt struktureret organisering af arbejdet før lovændringen.

Kommunerne i undersøgelsen: Fem måder at organisere sig på

Som allerede nævnt har lovændringen i praksis haft forskellige konsekvenser kommunerne imellem, og arbejdet med sygedagpengesagerne udviser også efter lovændringen betydelige forskelle kommunerne imellem. I dette afsnit beskrives de fem kommuner i undersøgelsen derfor kort mht. de vigtigste karakteristika i deres arbejde med sygedagpengesagerne.

Kommune 1 er en stor bykommune. Sygedagpengeafdelingen har ca. 25 medarbejdere, som arbejder med visitation og opfølgning på sygedagpengesager (dvs. fraregnet de rent administrative medarbejdere, som står for registrering og udbetaling). Afdelingen er organiseret i et antal specialiserede grupper. Et 'let opfølgningsteam' modtager alle nye sager og står for den første visitation og kategorisering. Ordet 'team' henviser ikke til, at visitationen foregår i fællesskab på møder (som i visitationsudvalgsmodellen, der beskrives nedenfor). Medarbejderne i et team foretager selve visitationen alene.

Det 'lette opfølgningsteam' beholder de lettere sager (glatsager), men afgiver løbende de tungere og mere komplicerede sager (risiko- og eventuelt længerevarende sager) til sagsbehandlere i opfølgningsteam, når der skønnes at være behov for en større indsats. De fleste kortere sager færdigbehandles således af medarbejderne i det lette opfølgningsteam. Som den eneste af de undersøgte kommuner er der her en opdeling af sagsbehandlerne i opfølgningsteamet i specialiserede grupper, således at en gruppe tager sig af alle sygemeldte fra a-kasser, en anden tager sig af bevægeapparatlidelser og en tredje af psykiske diagnoser. Ud over lederen af afdelingen er der ansat to teamledere, som fungerer som faglige ledere på hver sit delområde.

Kommune 2 er en mindre købstadskommune. Sygedagpengeområdet består af ca. fem medarbejdere, som indgår i en større arbejdsmarkedsafdeling. Det er chefen for arbejdsmarkedsafdelingen, som har personaleansvar og et vist overordnet fagligt ansvar. I praksis er sygedagpengeområdet dog ret selvstændigt, og en af medarbejderne fungerer som daglig leder af området. Sagerne modtages her af et 'let opfølgningsteam', som står for visitationen og kategoriseringen af alle sager. Denne gruppe beholder opfølgningen på alle kategori 1-sager, mens kategori 2- og 3-sager sendes videre til et 'tungt opfølgningsteam'. Kommunen har en speciel praksis i og med, at sagerne internt i opfølgningsteamet fordeles efter den sygemeldtes læge. Hver sagsbehandler får således de nye sager, som henføres til et bestemt lægehus eller en bestemt gruppe af praktiserende læger i kommunen.

Kommune 3 er en mindre kommune i hovedstadsområdet. Der er ca. fem medarbejdere, som arbejder med visitation og opfølgning på sygedagpengesager. I lighed med kommune 2 indgår sygedagpengeområdet i en større arbejdsmarkedsafdeling, og det er arbejdsmarkedschefen, som har personaleansvar såvel som et overordnet fagligt ansvar for sygedagpengeområdet. I denne kommune modtages sagerne ligeledes i et 'let opfølgningsteam', hvor en sagsbehandler står for kategoriseringen og den første opfølgning. Hvis sagerne bliver over 13 uger gamle, sendes de videre til en sagsbehandler i et 'tungt opfølgningsteam', som står for den videre sagsbehandling af de lange sager. Det er således varigheden af sagen og ikke kategoriseringen, der er afgørende for fordelingen mellem de to team. Der er ingen egentlig faglig ledelse på sygedagpengeområdet, men arbejdsmarkedschefen holder ugentlige møder med sagsbehandlerne, hvor sager kan diskuteres. Endvidere har kommunen ansat en jurist, som der kan trækkes på fra sygedagpengeområdet.

Kommune 4 er en større kommune i hovedstadsområdet. Kommunen har ca. 10 medarbejdere på sygedagpengeområdet. Visitationen foretages af et tværfagligt visitationsudvalg med deltagelse af en lægekonsulent og en virksomhedskonsulent. Selve visitationen foretages altså i fællesskab af denne gruppe. Efter visitationen sendes sagerne til opfølgningsmedarbejderne baseret på en cpr-fordeling. Der er således ikke nogen specialisering blandt opfølgningsmedarbejderne i denne kommune. Der er ansat en faglig konsulent på sygedagpengeområdet, som ikke har egne sager, men fungerer som ressourceperson i afdelingen.

Kommune 5 er en stor bykommune. Sygedagpengeområdet er en selvstændig afdeling med ca. 15 medarbejdere. I kommunen foretages visitationen af et tværfagligt visitationsudvalg, som består af en eller to sagsbehandlere og en lægekonsulent. Efter visitationen fordeles sagerne således, at kategori 2-sager går til et 'tungt opfølgningsteam', mens kategori 1- og de fleste kategori 3-sager går til et 'let opfølgningsteam'. Ud over lederen af sygedagpengeområdet er der ansat to faglige konsulenter, som har en mindre sagstamme end de øvrige medarbejdere, og som fungerer som faglige ressourcepersoner.

Visitationsudvalg eller visitationsteam: Modeller for visitations- og kategoriseringsarbejdet

Som det fremgår af ovenstående, eksisterer der i case-kommunerne to hovedmodeller for, hvorledes visitation af nye sygedagpengesager foregår. Den ene er visitation i et tværfagligt visitationsudvalg, og den anden er visitation foretaget af sagsbehandlere i et let opfølgningsteam.

I modellen med et tværfagligt visitationsudvalg sendes nye sager til et udvalg, som mødes efter behov – typisk en eller flere gange om ugen – og kategoriserer de sager, der er kommet ind siden sidst. Et tværfagligt visitationsudvalg består typisk af en lægekonsulent og en eller flere socialrådgivere, som kan være ledere, faglige konsulenter e.l. og eventuelt en virksomhedskonsulent. Visitationsudvalget udarbejder en kort introduktion til sagen, som primært påpeger, hvilke lægeoplysninger der eventuelt bør indhentes, samt om der bør iværksættes initiativer i forhold til arbejdsgiveren (i de tilfælde, hvor virksomhedskonsulenten deltager i visitationsudvalget). Efter visitationen sendes sagerne videre til opfølgningsmedarbejderne. I nogle kommuner til forskellige team alt efter visitationskategori, i andre kommuner blot efter cpr-numre.

I modellen med visitation i et 'let opfølgningsteam' bliver sagerne efter den første administrative behandling fordelt blandt en gruppe af medarbejdere, som hver især står for den indledende sagsbehandling. Det drejer sig dels om kategoriseringen, men også om det efterfølgende opfølgningsarbejde i en del af sagerne. En sådan konstruktion kaldes her et let opfølgningsteam, men i de undersøgte kommuner bruges forskellige andre betegnelser, såsom 'tidlig indsats', 'visitationsteam' eller 'forkontoret'. Fælles for de kommuner, som bruger modellen med visitation i et let opfølgningsteam, er imidlertid:

- Visitationen foretages af en enkelt medarbejder, som også er opfølgningsmedarbejder, typisk på kategori 1-sager og kortvarige sager.
- Tunge sager sendes videre til et andet team af opfølgningsmedarbejdere. Det kan være alle kategori 2- og 3-sager, men det kan også være sager, som har nået en vis varighed.

I en af de undersøgte kommuner består det 'lette opfølgningsteam' af særligt uddannede/erfarne HK'ere, mens den i en anden kommune består af socialrådgivere. Det 'lette opfølgningsteam' modtager oplysningsskemaet og foretager den første opfølgningssamtale.

En fordel ved anvendelsen af et let opfølgningsteam er, at man kan bede sygemeldte om at aflevere oplysningsskemaet personligt. Det sker i én kommune, hvor reglen er, at ledige sygemeldte skal aflevere deres oplysningsskema personligt. Selvom der kun er tale om en kort, personlig kontakt, siger de sagsbehandlere, som kender til denne model, at kontakten er vigtig i forhold til at vurdere den sygemeldtes motivation. Samtidig eliminerer modellen den tid, der går, fra et oplysningsskema er ankommet til kommunens postkasse, til det lander på sagsbehandlerens skrivebord. Det betyder, at opfølgningsindsatsen kan startes på det tidligst mulige tidspunkt i sager, hvor dette skønnes relevant.

I en af de kommuner, der anvender kategorisering i et let opfølgningsteam, er det praksis, at sagerne efterfølgende præsenteres på et lægemøde. På dette møde deltager ud over den ansvarlige sagsbehandler en lægekonsulent og en leder. På denne måde får man afklaret behovet for supplerende lægeoplysninger, ligesom særligt problematiske eller svært gennemskuelige sager kan diskuteres. Men den første visitation og kategoriseringen er foretaget inden lægemødet, som derfor adskiller sig fra det tværfaglige visitationsudvalg.

Har lovændringerne medført omorganiseringer?

Undersøgelsens resultater tyder på, at de nye specifikke krav, der er indført i forbindelse med lovændringen, har haft forskellig betydning for kommunerne, alt efter hvordan kommunernes indsats hidtil har været organiseret. Populært sagt har loven haft størst effekt og opfattes som mest positiv i de kommuner, der ikke inden havde udviklet eksplicite strategier for at målrette indsatsen. I de undersøgelseskommuner, som i forvejen har været langt fremme med prioritering af indsatsen og har haft

en velstruktureret opfølgingsstrategi, opleves lovændringen langt mere som en tilførsel af ekstra administrative byrder.

Lovændringerne omkring kategorisering og opfølgning har medført visse omorganiseringer af arbejdet i de undersøgte kommuner. Der findes i fire ud af de fem undersøgte kommuner en eller anden form for opdeling i lette og tunge sager (glatsager og risikosager), således at det er forskellige grupper af sagsbehandlere, der tager sig af de forskellige typer sager. Denne opdeling har i to af de fire tilfælde eksisteret allerede inden lovændringen, mens den i to tilfælde er kommet i stand som en konsekvens af lovændringerne. Sammenfattende er vurderingen, at lovgivningen har betydet en mere systematisk og harmoniseret tilgang til sygedagpengeopfølgningen til trods for de organisatoriske forskelle, der stadig eksisterer.

Opdeling i lette og tunge sager

Fire ud af de fem undersøgte kommuner har som nævnt en form for opdeling af sygedagpengesagerne i lette og tunge sager. Med en sådan opdeling fordeles lette og tunge sager på forskellige team af opfølgningssagsbehandlere, således at der bliver en større grad af specialisering blandt sagsbehandlerne. Lette sager er sager, som populært sagt kan forventes at 'løse sig selv' uden den store indblanding fra kommunens side, hvorimod tunge sager er sager, som enten er langvarige, eller hvor der af andre grunde er behov for en større kommunal indsats i opfølgningsarbejdet. Ideen bag en sådan opdeling er, at sagsbehandlerne får mulighed for at specialisere sig, og at man får bedre muligheder for at styre resourceforbruget i forhold til forskellige typer af sager. I praksis er opdelingen organiseret på lidt forskellige måder. I nogle kommuner er det kategoriseringen, der er afgørende for, hvilket opfølgningsteam den sygemeldte tilknyttes. Typisk findes kategori 1-sager i det 'lette' opfølgningsteam, mens kategori 2- og 3-sager findes i det 'tunge' opfølgningsteam. I andre kommuner er det sagslængden, der primært bestemmer fordelingen, således at alle sagerne starter i det 'lette' opfølgningsteam, og når de så har nået en vis varighed, fx 3 måneder, sendes de videre til det 'tunge' team, uanset om de er kategoriseret som 1, 2 eller 3.

Opdelingen i lette og tunge sager i kommunernes praksis følger således ikke i alle tilfælde direkte lovgivningens kategorisering i ukomplicerede, risiko- og langvarige sager, hvilket primært skyldes, at nogle kommuner har valgt at foretage opdelingen direkte afhængigt af sagslængden

eller har etableret specialiserede team, som tager sig af særlige grupper, som fx ledige eller personer med bestemte diagnoser, uanset om disse er visiteret i kategori 1, 2 eller 3. I praksis må opdelingen i lette og tunge opfølgnings-team dog i høj grad siges at stemme overens med lovens intentioner om en mere målrettet prioritering af opfølgningsindsatsen, uanset at der er mindre lokale variationer i den præcise organisering af opdelingen.

Generelt opfattes en opdeling af lette og tunge sager som positiv af såvel ledelse som sagsbehandlere. Blandt de primære grunde nævnes:

- De tunge sager får i mindre grad lov til at skygge for de lettere sager. Det kan være svært for en sagsbehandler at få engageret sig i den tidlige indsats, hvis vedkommende har en portefølje af meget langvarige sager, som kræver en stor arbejdsindsats i forbindelse med fx forrevalidering eller pensionsafklaring. Når der er en specialiseret gruppe, som tager sig af den tidlige opfølgning, er man sikker på, at den bliver gennemført med det fokus på arbejdsfastholdelse etc., som er relevant i denne fase af sygeforløbet.
- Det omvendte argument bliver dog også fremført. En stor mængde nye, løbende sager, hvor der er lovkrav om opfølgning etc., gør, at sagsbehandleren måske ikke får ydet den indsats i de virkelig tunge sager, som egentlig ville være ønskelig.
- Medarbejdere kan specialisere sig efter deres interesser og temperament. Nogle sagsbehandlere kan godt lide at have en sagsstamme med stor omsætning, så man 'kommer videre' hele tiden, som det er tilfældet med de lette eller kortvarige sager. Mens andre foretrækker at arbejde mere vedholdende med mere komplekse sager, hvor der måske er større socialfaglige udfordringer.
- Der bliver en synlighed i afdelingen og for ledelsen af balancen i ressourceforbruget mellem de lette og de tunge sager.

En anden fordel ved en opdeling af sagerne er, at det lette opfølgningsteam kan bemandes med kvalificeret kontoruddannet personale i stedet for med uddannede socialrådgivere eller socialformidlere. To af kommunerne i undersøgelsen har således et let opfølgnings-team, som består af HK'ere, som er efteruddannet eller har tilstrækkelig erfaring til, at de er i stand til at stå for opfølgningsarbejdet i de ukomplicerede sager. Dette gør, at socialrådgiverne i afdelingen i højere grad kan koncentrere sig om

de mere komplekse sager. Denne model opfattes som velfungerende i de to kommuner og har til en vis grad været med til at gøre rekrutteringssituationen lettere. Det er et forhold, der lægges stor vægt på, da det generelt er svært for kommunerne at rekruttere uddannede socialrådgivere for tiden.

Et problem i forhold til prioritering af indsatsen er, at det kan være svært at opfange risikosagerne tids nok til at kunne gøre en effektiv indsats. Det har været et eksplicit mål med lovgivningen, at ressourcerne skal anvendes på de komplicerede sager. Men ressourcerne skal helst anvendes på de komplicerede sager, *før* de bliver komplicerede. Som det fremføres af en af de kommunale medarbejdere, er det i uge 14, man skal forhindre en sag i at gå over 52 uger, ikke i uge 42. Da er det ofte for sent eller i hvert fald sværere at påvirke processen pga. en række afledte problemer, såsom manglende arbejdsgiverkontakt, motivation, livsstil osv.

PRAKSIS VED KATEGORISERINGEN

Vi har i undersøgelsen forsøgt at spørge til, hvordan kommunerne i praksis foretager kategoriseringen, bl.a. ved at bede sagsbehandlerne redegøre for visitationen af tre nylige, konkrete sager. Endvidere har vi spurgt til, om der er opstillet formelle regler, eller om der eksisterer en fast etableret praksis i kommunen for kategoriseringen af bestemte typer af sager. Generelt kan ingen af delene siges at være tilfældet. Kommunerne lægger samstemmende vægt på, at der foretages en individuel vurdering i hver enkelt sag på baggrund af den samlede viden, man har til rådighed på tidspunktet for visitationen. De vigtigste oplysninger, der kan give anledning til en vis systematik i visitationen, er formentlig diagnose, forventet varighed og arbejdsmarkedstilknytning, men der er en række andre oplysninger, der kan indgå i vurderingen i det omfang, oplysningerne er tilgængelige.

Mere generelt kan man derfor sige, at der i den individuelle vurdering af sagerne indgår tre forskellige typer information i beslutningen om kategoriseringen:

- diagnoserelaterede faktorer
- motivationsrelaterede faktorer
- jobrelaterede faktorer.

De samme informationstyper bruges også, når den første visitation tages op til revurdering efter opfølgningssamtalerne, og den sygemeldte eventuelt omkategoriseres. Dog vil der primært være fokus på ændringer i oplysningerne, fx en fyring eller nye lægeoplysninger.

Diagnoserelaterede faktorer

Den opgivne diagnose har stor betydning for kategoriseringen. Men der er ikke i nogen af de undersøgte kommuner en egentlig nøgle for, at visse diagnoser skal kategoriseres på bestemte måder.

Kategori 1-sager vil typisk være: Akutte fysiske skader såsom ukomplicerede brud. Diverse operationer og lignende behandlinger, som kræver en periode med efterfølgende rekonvalescens eller genoptræning, samt en stor del af de mindre alvorlige psykiske diagnoser såsom stress.

Kategori 2 indeholder mange af de samme diagnoser som kategori 1, blot vurderes det, at arbejdsevnen er truet. Et ofte nævnt eksempel er rygskeer eller lignende fysiske diagnoser blandt personer i fysisk belastende arbejde. En anden væsentlig – og ifølge sagsbehandlerne voksende – gruppe, som typisk vil være kategori 2 er stressdiagnoser, som er relateret til trivselsproblemer på arbejdspladsen. Typiske kategori- 2-sager betegnes af en sagsbehandler som:

Sådan lidt usikre sager, hvor man ikke rigtig ved, hvad det hele ender med. Det vil typisk være stress, sådan mere alvorligt stress, familiære problemer, sorg i forbindelse med død eller sådan nogle ting. Og depressioner, og alvorlige ryglidelser, diskusprolaps har vi mange af i den kategori.

Kategori 3-sager er en mere afsondret kategori, som indeholder en lang række diagnoser. Typisk vil dette være diagnoser, som indebærer langvarige behandlingsforløb, eller som er så alvorlige, at det er klart, at der ikke foreligger nogen arbejdsevne i en længere periode. De typiske diagnoser, der fremhæves af sagsbehandlerne, er alvorlig kræft, alvorlige

hjerterproblemer eller alvorlige behandlingskrævende psykiske problemer som fx depression.

Som nævnt er ovenstående dog langt fra et fast sæt regler. Typisk vil en lang række diagnoser kunne kategoriseres forskelligt afhængigt af en række modererende faktorer, som knytter sig til den sygemeldtes personlige og arbejdsmæssige forhold.

Motivationsrelaterede faktorer

Blandt de personlige faktorer lægges der blandt sagsbehandlerne især vægt på den sygemeldtes motivation for at vende tilbage til arbejdet. Dette kan i mange tilfælde i sig selv gøre forskellen mellem en placering i kategori 1 eller kategori 2 ved en i øvrigt enslydende diagnose:

Fx en diagnose som depression, det kan både være en 2'er, en 3'er eller en 1'er alt efter omstændighederne. Og det kan jo nogle gange være svært i den første visitation, hvor man kun har et oplysningsskema at gå ud fra ... Da afhænger det af, om den pågældende fx selv forventer at starte på arbejde om en måned. Så kan man sige, at det kunne være grundlaget for, at det blev en 1'er. Hvis vedkommende anfører, at hun ikke regner med at vende tilbage til sit arbejde, så kunne det blive en 2'er. Og på den måde kan de faktisk godt komme ind i forskellige kategorier, selv om det er samme sygdom. (Sagsbehandler).

Som der gøres opmærksom på i citatet, kan det for de kommuner, der foretager visitationen før den første opfølgningssamtale, være svært at vurdere en forholdsvis diffus faktor som motivation. I en del tilfælde kan det derfor være nødvendigt at omkategorisere sagen senere på baggrund af den viden, man indhenter fra de personlige samtaler. Det kan også i løbet af sagen vise sig, at den sygemeldtes motivation måske er til stede i ord, men i praksis er han/hun ikke i stand til at tage det nødvendige initiativ i sagen. I de tilfælde vil der naturligvis ligeledes skulle foretages en omkategorisering – typisk fra kategori 1 til kategori 2. Det normale ser dog ud til at være, at sagsbehandleren tager positivt udgangspunkt i den enkeltes motivation for selv at vende tilbage til arbejdet hurtigst muligt, så længe der ikke er konkrete erfaringer, der giver anledning til at betvivle denne:

Hvis folk, der er sygemeldte på grund af depression eller dårlig ryg, siger, at ”jeg er rask om 4 uger”, så er det det, vi holder fast i. Eller holder fast i, at det skal være positivt. Jeg synes, det rykker lidt mere, hvis vi holder dem i kategori 1. Så kan det godt være, at jeg næste gang tænker: ”Nej, det holder ikke, det bliver en 2’er.”

Det bør påpeges, at der kan tænkes at være en form for gensidig påvirkning mellem kategorisering og motivation hos den sygemeldte, således at den sygemeldte kan få sine egne forventninger påvirket af den beskrivelse, der følger den aktuelle kategorisering. En sagsbehandler nævner, at der i den pågældende kommune er en tendens til at starte med at sætte de fleste sager i kategori 1 og så omkategorisere dem løbende, hvis der viser sig komplikationer i sagerne, eller de trækker ud. Baggrunden for denne praksis er at undgå den potentielle stigmatisering, der ligger i at blive placeret i en risikokategori.

Medmindre det er en cancerlidelse eller en meget meget alvorlig lidelse – en sclerose eller lignende – så bliver mange af vores førstegangssamtaler faktisk visiteret til kategori 1. Jeg synes, der er noget meget bekymrende i at visitere folk i starten af et sygeforløb til kategori 2, som en problemsag. Så vil jeg hellere lave tættere opfølgning på en kategori 1-sag. Fordi man er kategoriseret i kategori 1 her i [kommunen], så er det ikke ensbetydende med, at man har fred i 8 uger. Men jeg mener, at hvis man laver en første samtale og så siger til folk, at ”her mener jeg, at der er risiko for din tilknytning”, så mener jeg, at med den visitationskategorisering, så kan man godt ... altså, folk får nogle forventninger til, hvad det er, de skal.

Endelig har selve den sygemeldtes humankapital en væsentlig betydning for sagens vurdering. Personer uden uddannelse og personer med sprogproblemer eller med afvigende personlighed er generelt mere udsatte end andre på arbejdsmarkedet. De kan derfor være mere udsat for afskedigelse såvel som have sværere ved at finde nyt job, hvis de mister det eksisterende job. Ligesom arbejdsgiverne typisk vil udvise færre hensyn og mindre fleksibilitet over for ufaglært arbejdskraft og perifere medarbejde-

re end over for højtuddannede og nøglemedarbejdere. Der kan derfor være god grund til en tættere opfølgning i forhold til den type sager.

Jobrelaterede faktorer

Blandt de job- eller arbejdsrelaterede faktorer, som har indflydelse på kategoriseringen, er den primære naturligvis selve spørgsmålet om, hvorvidt den sygemeldte har et eksisterende ansættelsesforhold. I lovgivningen er det pointeret, at fastholdelse af de sygemeldte i arbejde skal være en prioritet i kommunernes sagsbehandling (§ 1 stk. 2). Kommunerne angiver da også, at der er væsentlig forskel på at arbejde med en sag, hvor der er en mulighed for tilbagevenden, og en sag, hvor der ikke er. Personer, der er afskediget i sygeforløbet eller sygemeldt fra en a-kasse, vil derfor være mere tilbøjelige til at blive kategoriseret i kategori 2, end personer der har et bestående ansættelsesforhold.

I det omfang, personen har et arbejde, er den vurderede sandsynlighed for tilbagevenden i mange tilfælde afgørende for kategoriseringen. Mange af de faktorer, der danner grundlag for en sådan vurdering, kan imidlertid først indhentes i forbindelse med en opfølgningssamtale. Det kan igen være vidt forskellige faktorer alt efter arbejdets og sygdommens karakter. Ofte nævnte eksempler blandt sagsbehandlerne er, om der er trivselsproblemer på arbejdspladsen, hvilket typisk vil blive set som en alvorlig risikofaktor. Men også mere trivielle spørgsmål kan indgå i vurderingen. Fx om det arbejde, den sygemeldte udfører, er fysisk belastende, hvis der er tale om en bevægeapparatlidelse. Og kommunens erfaring med rummeligheden på den konkrete arbejdsplads kan også indgå.

Samlet set må man derfor sige, at kommunernes visitationspraksis bygger på et relativt bredt informationsgrundlag. Den sygemeldtes diagnose er et naturligt udgangspunkt for kategoriseringen, men der tages i vidt omfang hensyn til personlige og jobrelaterede faktorer, når kategoriseringen foretages. I vejledningen til loven redegøres der ikke konkret for, hvorledes andre faktorer end diagnose skal påvirke kategoriseringen, men det nævnes at:

Formålet med visitationen er at understøtte: At der i opfølgningen foretages en systematisk og kvalificeret vurdering af den sygemeldtes arbejdsdygtighed/ressourcer og behov for indsats (...). (Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2005, s. 6).

Kommunernes praksis med at inddrage motivations- og jobrelaterede faktorer i visitationen kan ses som et forsøg på at leve op til dette krav, og kommunerne tilkendegiver generelt, at kategoriseringen er et fornuftigt redskab, når den foretages på et sådant grundlag. Problemet kan dog være, at det, som nævnt ovenfor, på grund af manglede information på visitationstidspunktet ikke altid er muligt for de kommunale sagsbehandlere eller visitationsudvalg at inddrage motivations- og arbejdsrelaterede faktorer i tilstrækkeligt omfang. I denne sammenhæng har de kommuner, der vælger at lade en sagsbehandler foretage visitationen i forbindelse med 1. opfølgningssamtale, jf. lovens § 13 stk. 7, en fordel i og med, at samtalen kan bibringe sagsbehandleren væsentlig information til brug for kategoriseringen.

Brugen af oplysningsskemaer

Kommunernes primære kilde til den første visitation og kategorisering er de oplysningsskemaer, der udfyldes af de sygemeldte selv. Oplysningsskemaet udsendes i forbindelse med, at kommunen modtager en refusions- eller dagpengeansøgning, og skal returneres af den sygemeldte inden for otte dage. Som anført er oplysningsskemaerne den primære – og i mange tilfælde sammen med anmeldelsen den eneste – kilde til information, som kommunen har om den sygemeldte på tidspunktet for den første visitation. Der er enkelte andre kilder til oplysninger, som anvendes konsekvent af enkelte kommuner:

- En kommune rekvirerer en lægeerklæring sammen med oplysningsskemaet i så godt som alle sager. Denne ordning er dog under afvikling, da det har vist sig, at den form for lægeoplysninger ikke altid er relevante. Ordningen er endvidere ressourcetung og formentlig belastende for lægesamarbejdet.
- En kommune trækker en forsørgelseshistorik fra arbejdsmarkedsportalen for at se, om der har været en historie med hyppige eller langvarige sygemeldinger, som der skal tages hensyn til i opfølgningsarbejdet. Denne praksis er parallel til de krav, der gælder på kontanthjælpsområdet.
- En kommune kræver personligt fremmøde ved aflevering af oplysningsskemaerne for ledige sygemeldte. I forbindelse med dette personlige fremmøde foretages der en uddybende samtale. Denne ordning er tilsyneladende velfungerende, men det må pointeres, at den

anvendes målrettet på en klart defineret og forholdsvis begrænset del af sagerne.

Generelt anføres det, at det kan være svært at foretage en kategorisering alene på baggrund af et oplysningsskema. Selv om der anføres diagnoser på oplysningsskemaet og forventet tidspunkt for tilbagevenden, kan andre faktorer være afgørende for, om der er tale om en risikosag eller ej. Visse diagnoser kan have en meget stor spredning i, hvor alvorlige de er, og i hvilket omfang de påvirker arbejdsevnen. Gode eksempler er stress og dårlig ryg. Men andre faktorer spiller også ind. Den sygemeldtes motivation og kvaliteten af kontakten mellem den sygemeldte og arbejdspladsen er blandt de vigtigste af disse. Dette er forhold som lettest afklares ved en samtale, hvorfor nogle informanter er af den holdning, at det oftest er fordelagtigt at vente med at foretage kategoriseringen til efter den første opfølgningssamtale.

Fra enkelte sagsbehandlere fremføres det, at man kunne spare ressourcerne til indhentning af oplysningsskemaer helt og bare indhente de tilsvarende oplysninger i forbindelse med den første samtale inden otte uger.

OPFØLGNINGSARBEJDET

Kommunernes opfølgningsarbejde er i væsentlig grad styret af lovgivningens krav om opfølgningsfrekvenser på henholdsvis otte, fire og otte uger i kategori 1-, 2- og 3-sagerne. Der er en generel konsensus i kommunerne om, at opfølgningssamtalerne er nyttige i forhold til at sikre den sygemeldtes arbejdsevne. Der er også en generel positiv holdning til at prioritere risikosagerne (kategori 2) og have en højere opfølgningsfrekvens i disse sager.

Kommunerne mener selv, at de i altovervejende grad overholder de formelle opfølgningskrav. Der er til gengæld nogen variation imellem kommunerne i forhold til, om det opleves som svært at leve op til kravet. En enkelt af kommunerne fremhæver, at de foretager flere og tidligere opfølgningssamtaler i en del af sagerne, end det der forudsættes i lovgivningen, fordi man i kommunen skønner, at en sådan endnu tættere opfølgning i visse typer sager kan være hensigtsmæssig. I andre kommuner opleves det til gengæld problematisk at nå at gennemføre tilstrækkelig

opfølgning. Både i forhold til lovens krav og i forhold til det, man fagligt set har ambition om at gøre. Som nævnt prioriterer man i disse kommuner at opfylde de konkrete lovkrav om opfølgningsfrekvens først – hvilket da også i de fleste tilfælde synes at blive overholdt. Der er til gengæld blandt sagsbehandlere i flere af kommunerne en vis frustration over, at man ikke oplever at have tidsmæssige ressourcer til at lægge den kvalitet i opfølgningen, som man egentlig gerne ville.

Man kunne forestille sig, at kommunerne kunne angribe dette problem ved at minimere antallet af sager, der visiteres til kategori 2, og som dermed kræver dobbelt så hyppig opfølgning som andre sager. En sådan strategi indrømmes kun af en enkelt kommune, hvor man har minimeret antallet af kategori 2-sager i en periode med akut personale-mangel. Det generelle billede er dog, at kommunerne, såvel på leder- som sagsbehandlerniveau, mener, at man kategoriserer efter sagernes karakteristika uden skelen til de afledte ressourcebehov. Dels fordi det er foreskrevet i lovgivningen, dels fordi det rent faktisk opleves som nyttigt at have tæt opfølgning på en gruppe af risikosager.

Der er imidlertid også et dilemma i, hvor stor en indsats man skal lægge tidligt i sagerne. En stor del af de sygemeldte raskmelder trods alt sig selv uafhængigt af kommunens indsats. På den anden side har der været en voksende erkendelse i kommunerne af, at hvis man vil undgå langvarige sager, er man nødt til at sætte tidligt ind i risikosagerne. Det er således til en vis grad op til fingerspidsfølelsen hos den enkelte sagsbehandler at afgøre, hvilken indsats det er værd at lægge tidligt i en given sag:

I de sager, hvor man aldrig når til anden opfølgningssamtale, der har man siddet og påbegyndt en opfølgningsplan, der aldrig bliver ført ud i livet. Det er lidt spild af tid. De rutinerede sagsbehandlere lader være med at skrive ret meget, hvis de fornemmer, at en sag aldrig kommer til anden opfølgning.

På den anden side har i hvert fald en af kommunerne indført ret faste milepæle i sagsforløbet, hvor visse elementer skal foreligge på bestemte tidspunkter. Blandt disse er, at ressourceprofilen skal foreligge ved 16. uge, at sagen skal ses af en leder ved 26. uge og diskuteres i et bredere forum ved 40. uge. Disse tiltag opleves som konstruktive, også af medarbejderne. Det er snarere den indsats, der ydes helt tidligt i forløbet,

som kan opleves som spildt i de tilfælde, hvor borgeren raskmelder sig selv inden 16. uge.

Der ser dog ud til at være en forståelse i kommunerne af, at den tidlige opfølgning er så vigtig i forhold til at forhindre langvarige sager, at man accepterer, at der 'spildes' ressourcer på opfølgning i sager, hvor det viser sig ikke at have været nødvendigt, mod at man til gengæld får fat i problemsagerne tidligt.

Den tidlige opfølgning har flere positive funktioner i problemsagerne. For det første gælder det, at jo tidligere man får skabt en afklaring, desto kortere tid har den sygemeldte været borte fra arbejdsmarkedet. Kommunerne fremhæver, at langtidssygemelding i sig selv kan være truende for den fortsatte arbejdsmarkedstilknytning. Denne sammenhæng er formentlig parallel til den i adskillige undersøgelser påviste effekt af langtidsledighed (Larsen, 1998; Boll & Christensen, 2002). Den sygemeldte mister kontakten til arbejdsgiveren og arbejdsmarkedet i almindelighed. Men den sygemeldte mister måske også motivationen for at komme i arbejde eller troen på, at det kan lade sig gøre, ligesom der med tiden kan opstå en sygdomsfokuseret selvopfattelse, som er en hæmsko i forhold til tilbagevenden til arbejde (Boll & Clausen, 2003). Hvis den sygemeldte ikke kan fastholdes på den eksisterende arbejdsplads, vil det derfor være at foretrække, at afklaringen om, hvad der så skal ske, sker så hurtigt som muligt, hvad enten det er arbejdsprøvning, revalidering, anden uddannelse eller et andet ordinært arbejde. Men også i sager, hvor den sygemeldte vender tilbage til arbejdspladsen, vil det i en stor del af sagerne være en fordel, at dette sker så tidligt som muligt, evt. i form af en delvis raskmelding.

ERFARINGER MED DELVISE SYGE-/RASKMELDINGER

Alle de interviewede kommuner angiver, at man benytter sig af delvise raskmeldinger i betydeligt omfang. Kommunerne fremfører endvidere, at brugen af delvise raskmeldinger har været stigende i de senere år, hvilket også understøttes af de officielle tal (www.jobindsats.dk, Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2006), om end der er betydelige forskelle i niveauet mellem kommunerne.

Delvise raskmeldinger er et særdeles vigtigt instrument i forhold til at sikre arbejdsfastholdelse, fordi det tillader den sygemeldte at komme tilbage på arbejdspladsen hurtigere, end hvad der havde været tilfældet, hvis der skulle være fuld arbejdsdygtighed som forudsætning for tilbagevenden. Som tidligere nævnt er løbende kontakt mellem arbejdsgiver og sygemeldt vigtigt i forhold til at sikre fastholdelse, og en delvis genoptagelse af arbejdet er naturligvis en særdeles effektiv form for løbende kontakt. Derfor er der da også et betydeligt fokus i kommunerne på at etablere delvis raskmelding, så snart det er muligt og foreneligt med den sygemeldtes symptomer. Også selv om tilbagevenden i starten kun kan ske med ganske begrænset ugentlig arbejdstid.

Klientliggørelse på deltid

Det eneste alvorlige problem, der påpeges ved brugen af delvise raskmeldinger er, at det nogle gange kan være nødvendigt for kommunens sagsbehandler aktivt at gå ind og stoppe ordningen, hvor det skønnes, at den delvist raskmeldte nærmer sig fuld arbejdsevne. Der er ikke i selve ordningen indbygget nogen incitamenter for hverken arbejdsgiver eller sygemeldt i forhold til at begrænse brugen af ordningen, hvorfor det er op til kommunen at vurdere, i hvilket omfang og i hvor lang tid den enkelte delvise raskmelding skal have lov at løbe. Der nævnes eksempler på delvist raskmeldte, som finder sig godt til rette i en position, hvor de kan arbejde på nedsat tid eller have mindre krav på arbejdspladsen samtidig med, at de oppebærer fuld løn. Samtidig får arbejdsgiveren kompensation for lønudgiften og kan således også være tilfreds med tilstanden i det omfang, arbejdsorganiseringen tillader det, hvilket dog ofte vil være en forudsætning for, at den delvise raskmelding overhovedet har kunnet etableres.

Problemerne i det kan være dem, der ikke rigtigt rykker. Hvis jeg som sagsbehandler ikke får lavet opfølgningen, får jeg heller ikke presset dem tilbage. Så er det, de bare bliver på de der 15 timer. Og det er jo faktisk lidt hyggeligt at være på 15 timer og så kunne gå hjem og tænke: "Nå det var sgu en meget fed uge, jeg har ikke rigtigt behov for at komme op [i tid]." Og man kan hurtigt få den der: "Jeg *kan* ikke komme op i tid." For det har man jo ikke forsøgt. Så hvis jeg ikke får presset dem, så kan der hurtigt

gå 2 måneder, hvor de går på 5 timer om ugen. Og det er ikke det, der er formålet. (Sagsbehandler).

Der er således tale om en form for klientliggørelse – blot på deltid. Kommunerne oplyser dog også, at denne problemstilling i langt de fleste tilfælde i praksis løses uden de store problemer. Dette sker typisk ved, at der på baggrund af en diskussion mellem kommunen og den sygemeldte, evt. med inddragelse af en lægelig vurdering, på forhånd aftales, i hvor lang en periode der bevilliges delvis raskmelding. Efter denne periodes udløb må den sygemeldte så raskmelde sig fuldt, eller man må vurdere, om der er særlige forhold som retfærdiggør en forlængelse.

HAR LOVÆNDRINGERNE MEDFØRT OMPRIORITERINGER?

Set fra kommunernes synspunkt har den største omkostning ved lovændringerne vedrørt de stadigt stigende krav om skriftlig dokumentation af sagsforløb. Der berettes samstemmende fra kommunerne om øget ressourceforbrug i sagsbehandlingen, også ud over hvad der kan forklares af en eventuel stigning i mængden af sager. Dette er da også til en vis grad forudsat i loven i og med, at der er afsat ekstra midler til kommunernes sygedagpengeopfølgning.

Der er nogen variation i kommunernes bedømmelse af, hvordan lovændringen har påvirket kvantiteten og kvaliteten af opfølgningsarbejdet. Som eksempel kan nævnes den mest skeptiske kommune i undersøgelsen. Her mener man, at brugen af de tre kategorier og de deraf følgende opfølgningsregler er forstyrrende elementer i forhold til en velfungerende praksis for prioritering af sagerne, som allerede var på plads inden lovændringen, og som delvist er bibeholdt. Dette betyder, at kategoriseringen primært bliver set som en ekstra administrativ belastning, som ikke tilfører sagsbehandlingen den store værdi, fordi den skal bruges parallelt med en allerede eksisterende og velfungerende prioriteringsmodel.

I den formentlig mest positivt stemte kommune har man derimod benyttet kravet om kategorisering som en lejlighed til, for første gang at få indført en systematisk prioritering af forskellige sagstyper i forvaltningen. Dette har været en stor succes både for medarbejdernes

tilfredshed med den måde, de får prioriteret sagerne på, og i forhold til at få nedbragt antallet af lange sager i kommunen. Endvidere fremhæves det af medarbejdere i denne kommune, at den større systematik også har været gavnlig for de sygemeldtes retssikkerhed i og med, at der er en mere konsekvent praksis i kommunen.

En tredje kommune havde før lovændringen en prioriteringsmodel, som var stort set lig den, der blev indført med lovændringen. Det har naturligt nok medført en fastholdelse af denne model såvel som den tilhørende organisation i kommunen. Dog fremføres det også fra denne kommune, at de øgede krav om dokumentation og det ufravigelige krav om 4-ugers opfølgning i risikosagerne er både ressourcetungt og i nogle tilfælde lidt for firkantet i forhold til, hvad der kan være behov for i den konkrete sag.

Der er således ingen tvivl om, at lovændringen i væsentligt omfang har påvirket kommunernes prioriteringer i og med, at der er kommet (endnu) mere fokus på tæt opfølgning og overholdelse af opfølgningskravene. Dette fokus ses fra såvel ledelse som sagsbehandleres side som en klart positiv udvikling. Der er imidlertid også en oplevelse i kommunerne af, at reglerne er blevet mindre fleksible, og at man bruger mere tid på dokumentation og skriftlighed, hvilket ikke nødvendigvis er understøttende for at opnå de konkrete resultater i sagsbehandlingen. Det er ikke muligt ud fra denne undersøgelse at sige noget præcist om, hvorvidt dette fokus på de konkrete krav til opfølgningsfrekvens og dokumentation af opfølgningsindsatsen har været befordrende eller hindrende i forhold til lovgivningens overordnede intention om et større arbejdsmarkedsfokus i opfølgningsarbejdet. Der kan dog spores en vis skepsis på dette område blandt de interviewede sagsbehandlere.

Det er endvidere bemærkelsesværdigt, at det er de kommuner, der havde mest 'orden i eget hus' inden lovændringen, som oplever at være hårdest ramt af lovens negative konsekvenser. Dette skyldes selvfølgelig til dels, at man ikke i samme grad har oplevet lovændringens positive konsekvenser og derfor ikke har noget at se de negative oplevelser i forhold til. Men det skyldes formentlig også, at de mest velfungerende og progressive kommuner i videre omfang end andre har bibeholdt eksisterende strukturer og rutiner, som nu benyttes parallelt med de strukturer og rutiner, som lovændringen har medført. I de kommuner, der før lovændringen var mindre organiserede og måske mindre velfungerende, har man i videre omfang frit kunnet benytte implementeringen

af lovændringen som en lejlighed til at opbygge en ny struktur og nye arbejdsgange, som er kompatible med lovgivningens krav.

Det bør endelig fremføres, at de fleste kommuner oplyser, at der har været en betydelig tilgang af ressourcer til sagsbehandling på sygedagpengeområdet i de senere år. Fra kommunalpolitisk hold har der været betydeligt fokus på sygedagpengeområdet og særligt på at nedbringe antallet af sager med en varighed på over 52 uger, hvilket bl.a. er sket ved at tilføre ekstra ressourcer til opfølgningsarbejdet. Eksempelvis har en af kommunerne i undersøgelsen fordoblet antallet af sagsbehandlere på sygedagpengeområdet inden for de sidste fem år. Det ligger uden for denne undersøgelses formål at foretage en benchmarking af ressourceforbruget eller en cost-benefit analyse af, hvad kommunerne opnår ved en øget indsats på området. Men det må påpeges, at den ekstra indsats, der ydes på området nu, og den generelle oplevelse i kommunerne af, at sagsbehandlingen er blevet bedre og opfølgningen tættere, formentlig har været forbundet med et ikke ubetydeligt ressourceforbrug.

LEDELSE OG FAGLIG UDVIKLING

”Management matters” er et alment anerkendt udtryk inden for implementeringsforskningen (fx Boyne m.fl., 2005). I forhold til implementeringen af ændringerne af sygedagpengeloven er det derfor relevant at se på, hvorledes ledelse og faglig udvikling håndteres i kommunerne. Generelt er de enkelte sagsbehandlere i undersøgelsen positive over for faglig ledelse og det, at der er en faglig profil i afdelingen. I de kommuner, hvor der er faglig ledelse, er der generelt tilfredshed hermed, og i de kommuner, hvor der ikke er faglig ledelse, efterlyses dette kraftigt af i hvert fald nogle af sagsbehandlerne.

De undersøgte kommuners ledelsesstruktur og praksis omkring faglig ledelse på sygedagpengeområdet er ret forskellig. Der er stor forskel på kommunerne med hensyn til omfanget af faglig ledelse og faglig sparring, som sagsbehandlerne kan trække på.

På det mest basale niveau har alle kommunerne i undersøgelsen afdelingsmøder, som regel en gang om ugen, hvor sagsbehandlerne kan tage sager med og diskutere aspekter i sager, som er særlig problematiske eller fagligt interessante. Endvidere lægger de fleste sagsbehandlere vægt

på uformel sparring mellem kolleger som en væsentlig kilde til udvikling af en fælles vidensbase i afdelingerne.

Flere af de undersøgte kommuner har endvidere ansat faglige konsulenter, som har et særligt ansvar for at udvikle fagligheden i afdelingerne og fungere som sparringspartner for de øvrige sagsbehandlere. Den præcise rolle, som disse faglige konsulenter spiller, varierer dog betydeligt kommunerne imellem. I nogle kommuner er de sagsbehandlere, som har en mindre sagsstamme og til gengæld et særligt ansvar for at følge lovgivningen og sparre med de øvrige sagsbehandlere. I andre kommuner er de faglige konsulenter, der fungerer som egentlige faglige ledere af afdelingen og ikke har egne sager.

I den forstand er der en flydende grænse mellem lederfunktionen og funktionen som faglig konsulent, når man ser på tværs af kommunerne. I enkelte kommuner er sygedagpengeområdet en selvstændig afdeling med egen leder med personaleansvar og fagligt ansvar. I andre kommuner ligger personaleansvaret hos en leder, som også har andre dele af arbejdsmarkedsområdet under sig. Det betyder typisk, at denne leder har dårligere muligheder for at fungere som faglig ressourceperson på alle områder. Der er dog ikke nogen sammenhæng mellem, hvordan man bruger den faglige konsulent, og afdelingslederens rolle i de undersøgte kommuner. I nogle kommuner har man både en leder, der deltager aktivt i det faglige på sygedagpengeområdet, og en eller flere faglige konsulenter. Andre kommuner har en leder med bredt ansvarsområde og ingen faglige konsulenter, hvilket alt andet lige gør det sværere at skabe en fælles faglig profil i sagsbehandlingen og formentlig også gør det sværere at implementere ændringer effektivt.

Den kommunale implementering af lovændringerne

Som det fremgår af ovenstående har lovændringen givet kommunerne anledning til at justere på deres arbejdsgange i forhold til visitation og opfølgning. Flere kommunale informanter beklager dog, at tidsrammen for implementeringen af lovændringen ikke har understøttet omstillingsprocesserne på optimal vis. Den korte periode fra loven blev vedtaget, til dens bestemmelser skulle have virkning, har medført, at kommunerne i første omgang har haft fokus på at overholde de mest formelle og målbare elementer i lovgivningen, såsom kategorisering af alle sager og indførelse af 4 ugers opfølgningsinterval på kategori 2-sager. Som en kommunal leder lidt spidst siger:

Vi er meget regelrette, så når der kommer en ny lov, så er det bare lidt ærgerligt. Og når den kommer midt i sommerferien, så skal det da ikke bringe os ud af kurs. Så inden den første juli, da havde vi da kategoriseret alle vores sager. [...] vi lavede sådan en social dag, hvor vi spiste og hyggede os, og så kategoriserede vi alle sagerne dér.

Ovenstående metode var givetvis en effektiv måde at få kategoriseret de eksisterende sager på. Spørgsmålet er, i hvilket omfang sagsbehandlerne i kommunen har fået tankegodset – arbejdsmarkedsperspektivet – bag kategoriseringsværktøjet arbejdet ind under huden.

En manglende forståelse for baggrunden for indførelsen af et nyt værktøj vil ofte medføre, at værktøjets potentialer ikke udfoldes. I nogle kommuner oplevede den enkelte sagsbehandler, at de med ret kort varsel skulle igennem alle deres sager for at foretage en kategorisering uden, at det nødvendigvis på det tidspunkt stod helt klart for dem, hvad det større perspektiv var i forhold til den fremtidige sagsbehandling. Selvom flere kommuner arrangerede korte hel- eller halvdagskurser for sagsbehandlerne i, hvordan man kategoriserer, peger datamaterialet på, at brugen af kategoriseringsværktøjet ikke er blevet tænkt mere strategisk ind i kommunens opfølgningsindsats på sygedagpengeområdet.

Sagsbehandlerne har i flere kommuner altså måttet sidde ret alene med det nye instrument, hvilket iblandt har givet anledning til frustration. Timing'en for implementeringen – lige før sommerferien – og det ekstraarbejde, kategoriseringen har medført, har i visse tilfælde heller ikke gjort sagsbehandlerne mildere stemt, da mange sagsbehandlere normalt forsøger at få sagsbunkerne arbejdet ned til et minimum inden sommerferien.

Den korte implementeringsperiode gav ikke meget tid til at overveje, hvordan man kunne udvikle afdelingernes organisation og arbejdsgange, så de bedst muligt understøttede den nye lovgivning. Det er således ret forskellige konsekvenser, lovændringen har haft i de forskellige kommuner. En enkelt kommune havde i forvejen en organisering, som var baseret på en model som den, der blev indført ved lovændringen. I en anden kommune var den eneste egentlige ændring, at man oprettede et visitationsudvalg, som står for kategoriseringen, mens det stadig er de samme opfølgningssagsbehandlere, der tager sig af alle sagerne. I to kommuner benyttede man direkte lovændringen til at lave væsentlige

omorganiseringer, hvor man lavede en funktionsopdeling af sagsbehandlerne i lette og tunge team. I den sidste kommune har man forsøgt at flette elementer af ny organisering – indført som en konsekvens af lovændringen – ind i en velfungerende – men forholdsvis kompleks struktur – som i forvejen fungerede i kommunen. Denne proces har ikke været helt smertefri, og en konsekvens har været, at de elementer, der er indført som følge af lovændringen i vidt omfang opfattes som besværlige, eller i bedste fald ligegyldige.

Sammenfattende må man derfor sige, at selv om lovens formelle krav i det store hele er blevet implementeret i kommunernes sagsbehandling, kunne processen givetvis have været mere effektiv, hvis der havde været mere tid til at forberede processen i kommunerne. Samtidig er det muligt, at en bedre forberedt implementeringsproces, hvor der fx forelå vejledninger og 'best practice beskrivelser' o.l. inden lovens ikrafttræden, ville have givet kommunerne bedre muligheder for effektivt at implementere en større del af lovens 'ånd' i deres organisation i forbindelse med, at de alligevel skulle foretage ændringer som følge af de formelle krav til visitation og opfølgning.

BRUGEN AF IT

De fleste kommuner i undersøgelsen bruger KMD's systemer i sagsbehandlingen på sygedagpengeområdet. Der er generelt tilfredshed med dette system, som opleves som forholdsvis stabilt og velfungerende. En enkelt kommune har anvendt et konkurrerende system (Netsag Borger). Dette system er under afvikling pga. strukturreformen, hvilket er kilde til nogen frustration, da man ellers var godt tilfreds med dette system i kommunen.

Det er dog ikke alle kommuner, der anvender alle dele af it-løsningerne i sagsbehandlingen. Således anvender nogle kommuner journaldelen, mens andre fører journal i et andet system, og der benyttes forskellige løsninger til opfølgningsplan og ressourceprofil. Der suppleres også med forskellige værktøjer til bl.a. kalenderstyring af sagerne, som varierer fra papirbaserede ringbind til hjemmestrikkede Excel-løsninger. Uanset de valgte løsninger i de enkelte kommuner, er der dog generelt rimelig tilfredshed med it-værktøjerne, selv om de selvfølgelig opfattes som mere eller mindre brugervenlige og rationelle. Men det er ikke op-

fattelsen, at it-baserede forhold er hindringer i forhold til at yde den ønskede indsats i sygedagpengesagerne.

Der er dog i kommunerne nogen ængstelse for konsekvenserne af kommunalreformen på dette område, især i de kommuner, hvor man ved, at der skal ske sammenlægning mellem kommuner, der bruger forskellige systemer.

LOVENS PÅVIRKNING AF LÆGESAMARBEJDET

Loven sætter ind over for samarbejdet mellem kommunerne og de praktiserende læger på to måder. For det første ved at udforme en ny lægeerklæring til kommunerne (Attest om mulighed for at arbejde, LÆ 255), der har langt mere fokus på funktionsoplysninger end tidligere erklæringer. Hensigten er at give sagsbehandlere bedre muligheder for at vurdere de sygemeldtes arbejdsevne, særligt med henblik på delvis tilbagevenden til arbejde. Samtidig er kravet om obligatorisk indhentning af lægeerklæring efter otte ugers fravær blevet afskaffet. Nu kan kommunerne indhente lægeoplysninger efter behov. For det andet ved, at kommunernes pligt til at koordinere sygedagpengeindsatsen med eksterne aktører præciseres.

Som beskrevet ovenfor, peger undersøgelsen på, at kommunerne har prioriteret at fokusere på implementeringen af de administrative redskaber, der er indeholdt i loven, på bekostning af at udvikle det overordnede samarbejde med lægerne. Prioriteringen er ikke et udtryk for, at kommunerne er tilfredse med deres lægesamarbejde. Tilfredsheden svinger i de fem case-kommuner, men alle fremfører, at lægesamarbejdet kunne og burde være bedre. Lægerne er af samme opfattelse. Det overordnede samarbejde, og hvorledes der kunne opbygges en strategi for samarbejdet, behandles mere indgående i næste kapitel.

I dette afsnit fokuserer vi på kommunernes erfaringer med lægesamarbejdet og lægeoplysninger i forhold til sagsbehandlingen i enkeltsager. Afsnittet afsluttes med en beskrivelse af, hvorledes lægekonsulenterne (kommunelægerne) inddrages i sygedagpengeopfølgningen.

Brugen af lægeoplysninger

Lægeoplysninger dækker grundlæggende to behov i sygedagpengeopfølgningen. Det første er behovet for oplysninger, der kan afdække for-

hold omkring sygdommen, dens varighed, årsag, behandlingsmuligheder og konsekvens for arbejdsevnen. På dette grundlag træffes afgørelser om udbetaling af sygedagpenge (størrelsen og varigheden). Oplysningerne indgår også i vurderingen af, hvilke tiltag der sættes i værk for at sikre tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Det andet behov, lægeoplysningerne dækker, er behovet for dokumentation. Beslutninger truffet af den offentlige forvaltning skal være begrundede, og særligt i forhold til beslutninger med vidtrækkende konsekvenser for borgerne er kravene til dokumentation omfattende. Det gælder fx i pensionssager, som sygedagpengesager jo i nogle tilfælde ender som.

Kommunerne kan indhente lægeoplysninger på forskellig vis, og der er forskellige fordele og ulemper ved hver måde (se Lægeforeningens Attestudvalg og KL, 2005). De mest efterspurgte oplysninger i sygedagpengesager er:

- Journaloplysninger fra sygehus eller speciallæge. Disse er gratis og består typisk af en kopi af den seneste sammenfatning af sagen, fx en epikrise (et udskrivelsesnotat).
- Statusattest fra praktiserende læge eller speciallæge. Lægerne udfærdiger i dette tilfælde en attest på baggrund af en konkret problemstilling, som kommunen angiver, at man ønsker belyst. Det er et krav, at attesten udfyldes (og at spørgsmålene stilles, så den kan udfyldes) uden, at den sygemeldte skal indkaldes til en konsultation.
- Attest om mulighed for at varetage arbejde (LÆ 255). Udfyldes af egen læge, men i dialog (konsultation) med den sygemeldte.
- Generel helbredsattest. Udfyldes af egen læge og er en omfattende beskrivelse af den sygemeldtes generelle helbred (fysisk og psykisk).
- Speciallægeerklæring. Udarbejdes af en speciallæge på baggrund af konsultation med patienten og rekvireres af kommunen i tilfælde, hvor der er brug for en særlig, fagkyndig lægelig vurdering i sagen.

Brugen af den nye lægeerklæring til kommunerne – LÆ 255 – sker altså i 'konkurrence' med andre måder at indhente oplysninger på. Når sagsbehandlerne vurderer LÆ 255'erne, holder de dem naturligt nok også op imod disse muligheder.

Lægeoplysninger på LÆ 255

De interviewede sagsbehandlere udtrykker delte meninger om LÆ 255. Den oftest udtrykte holdning er, at formularen for så vidt er god nok og indeholder en række punkter, der er væsentlige for vurderingen og indsatsen i de enkelte sager. Problemet er, at erklæringen i sagsbehandlernes øjne langt fra altid bliver udfyldt på en hensigtsmæssig måde.

For at forstå problematikken omkring LÆ 255'erne er det nødvendigt at vide, at erklæringen består af to dele; en del 1 og en del 2. På del 1 angiver lægen helt basale oplysninger om sygdommen: årsag (diagnose), varighed, delvis uarbejdsdygtighed og risiko for tilbagefald. Det angives også, hvorvidt den sygemeldte deltog i udarbejdelsen af erklæringen. På den mere omfattende del 2 (tre sider) angiver lægen en række oplysninger om behandlingsmuligheder og de konsekvenser, sygdommen har for arbejdsevne, skånebehov, misbrugsproblemer og andet. Kommunerne kan rekvirere enten del 1 eller del 1 og 2 sammen. Lægerne kan (og skal) under visse betingelser udfylde del 2 og tage sig betalt herfor, selvom kommunen ikke har rekvireret denne del (se kapitel 4).

Opdelingen af erklæringen i to dele giver en del forvirring, især for lægerne, der er usikre på, hvornår de skal udfylde del 1, og hvornår både del 1 og del 2. Der er også forvirring om, hvad der kan og bør skrives under de forskellige punkter.

Det fremhæves af de fleste sagsbehandlere, at der er særdeles stor spredning i kvaliteten af de praktiserede lægers indsats med at udfylde LÆ 255. Sagsbehandlerne klager over ganske mange tilfælde af erklæringer, der er mangelfuldt udfyldte, men fortæller også om glimrende erklæringer med gode og relevante oplysninger. Denne situation fortolker sagsbehandlerne således, at nogle praktiserede læger har en interesse i samspillet mellem sociale og medicinske faktorer, mens andre ikke har.

En alternativ fortolkning på den svingende kvalitet af LÆ 255'erne kan være, at mange læger er forvirrede over, hvordan erklæringen skal udfyldes, og især, hvornår del 2 skal udfyldes. I ingen af de fem case-kommuner har forvaltningen og lægerne lavet en overordnet forventningsafstemning omkring, hvad der skal og ikke skal udfyldes på LÆ 255'eren og hvornår. Der mangler altså en fælles forståelse mellem forvaltning og læger for, hvordan man lokalt vælger at fortolke reglerne omkring udfyldelsen af LÆ 255 (se herom i kapitel 4).

Også mere generelt efterlyser de kommunale sagsbehandlere forståelse og engagement fra lægernes side. Både sagsbehandlere og læger

begræder fra hver deres indfaldsvinkel, at fronterne mellem de to professionelle kulturer i nogle tilfælde er umanerligt skarpt trukket op. For sagsbehandlerne betyder det, at de iblandt oplever, at nogle læger er modspillere mere end medspillere i forhold til opfølgingsarbejdet i en sygedagpengesag.

LÆ 255 som 'kontrolerklæring'

LÆ 255 anvendes hovedsageligt til at indhente lægeoplysninger. En case-kommune anvendte dog i en periode på ca. 6-8 måneder også lægeerklæringerne med et sekundært mål for øje:

Vores erfaringer viser, at hvis vi først kontakter [de sygemeldte] efter seks uger, så er de syge i seks uger, nogle af dem. Men hvis de nu bliver tvunget ud til lægen efter en uge, så er de måske kun syge i de 2-3 uger, som det varer. Så man afkorter de ukomplicerede sygemeldinger. (Sagsbehandler).

Det kan ikke hverken be- eller afkræftes, at en sådan tidlig og (næsten) universel brug af LÆ 255 kan reducere noget af det kortvarige sygefravær. Hvad det massive brug af LÆ 255 dog helt sikkert reducerede, var kommunens goodwill hos de praktiserende læger.

Brugen af andre attester og erklæringer

Både sagsbehandlere, læger og lægekonsulenter nævner, at de ser en tendens til, at der efter den første 'afprøvning' af LÆ 255 nu rekvireres færre LÆ 255 til fordel for andre attester og erklæringer.

Sagsbehandlerne udtrykker generelt større tilfredshed med de instrumenter, der giver dem mulighed for selv at stille mere specifikke spørgsmål til lægen om den sygemeldte. Det drejer sig primært om statusattester og generelle helbredsattester. På en statusattest skal kommunens sagsbehandler redegøre for den problemstilling hos den sygemeldte, som ønskes belyst af lægen, evt. i form af en række konkrete spørgsmål. Lægen skal så give oplysninger til kommunen om denne problemstilling. Selv om lægen ikke er forpligtet til at svare på konkrete spørgsmål, opleves det typisk, at lægen i langt højere grad løser opgaven, som man ønsker ud fra sagsbehandlerens perspektiv, og man får som regel dækkende svar på de spørgsmål, man ønskede afklaret.

Samtidig angiver kommunerne, at de forsøger at anvende journaloplysninger fra sygehuse i det omfang, det er muligt, i stedet for lægeerklæringer. Dels er disse gratis for kommunen og medfører mindst mulige gener for den sygemeldte. Dels giver de i mange sager et direkte indblik i den behandlende læges vurdering, der ofte, evt. med hjælp fra kommunens lægekonsulent, kan give et godt billede af den forventede varighed og arbejdsevne.

Brugen af speciallægeerklæringer er også et væsentligt element i en del af sagerne. I en del tilfælde opleves det, at en speciallægeundersøgelse kan være den eneste mulighed for at komme til bunds i den bagvedliggende sygdom, og i mange tilfælde kan denne også tjene til at påvirke den sygemeldtes egen holdning til det videre forløb. I den forbindelse kan det være en fordel såvel som en ulempe, at speciallægen sjældent kender patienten på forhånd. Det positive er, at man kan få en mere neutral vurdering, som ikke er farvet af de forhold, der kan opstå, når patient og læge har kendt hinanden igennem mange år. På den anden side kan det manglende kendskab netop være et problem i forhold til at vurdere det bredere helhedsperspektiv i sagen, herunder spørgsmålet om arbejdsdygtighed. Dette perspektiv kan dog så indhentes fra egen læge, typisk ved en generel helbredsattest. Men der er næppe tvivl om, at speciallægeerklæringer spiller en væsentlig rolle for kommunerne i forhold til at vurdere konsekvenserne af særligt de mere diffuse diagnoser, såsom psykiske og neurologiske lidelser. I forbindelse med indhentelse af speciallægeerklæringer angiver kommunerne samstemmende, at det elektroniske system Mediconnect repræsenterer et betydeligt fremskridt i mulighederne for hurtigt at få den ønskede speciallægeerklæring tilvejebragt.

Anden lægekontakt

Ud over lægeerklæringer bruger de kommunale medarbejdere i begrænset omfang direkte, typisk telefonisk kontakt til praktiserende læger for at indhente oplysninger i sagerne. En sagsbehandler angiver, at en fordel ved LÆ 255 er, at det er blevet lettere at ringe til lægen og få afklaret forskellige forhold.

Den direkte kontakt kan også bruges til at påvirke lægen, i det omfang sagsbehandleren skønner, at lægen kan hjælpe den sygemeldte bedre ved at gøre noget andet end det, der umiddelbart er lagt op til. En sagsbehandler nævner fx nogle sygemeldte, der måske ville have større glæde af at genoptage arbejdet end af for fortsat at gå hjemme:

Jeg har i øjeblikket nogle sager med mødre, som er sygemeldte, fordi barnet er død eller dødfødt, og hvor lægerne bliver ved med at sygemelde dem. Og hvor jeg så simpelthen må ringe til lægen og spørge: Tror du selv, hun får det bedre af at være sygemeldt yderligere, hun har været sygemeldt nu i 6 måneder? Nej, det kunne han jo godt se. Tror du så ikke, at du skal lade være med at sygemelde hende yderligere, og at vi så tager en snak med hende for at få en status? Jo, det vil han så godt forsøge. Så har jeg jo ligesom haft en effekt på det. Men de skal konfronteres.

Der er i sådanne sager tale om en balance. Det er ikke sagsbehandlerens mål at omstøde eller betvivle lægens medicinske vurdering. Men derimod at gøre lægen opmærksom på et bredere perspektiv i sagen, som gør lægen i stand til at anlægge en anden vurdering af, hvad der er til den sygemeldtes bedste.

LÆGEKONSULENTENS ROLLE

Loven siger ikke noget direkte om lægekonsulenter (eller kommunelæger, som de også kaldes, typisk hvis de er fuldtidsansatte i en kommune), men de kunne være en indgang til et frugtbart generelt lægesamarbejde.

Lægekonsulenterne bruges i de fem case-kommuner overvejende til at lave lægeskøn. Et lægeskøn er den vurdering, lægekonsulenten laver på baggrund af det foreliggende (skriftlige) materiale. En lægekonsulent ser aldrig de personer, en sygedagpengesag drejer sig om, i konsultation, men vurderer alene sagen på baggrund af indsamlede oplysninger.

Et lægeskøn laves relativt sent i et forløb (minimum efter den tid, der går, inden der foreligger materiale til det). Flere af lægekonsulenterne ville gerne inddrages tidligere i forløbet og fortæller om gode erfaringer fra andre kommuner end case-kommunerne, hvor de har deltaget i de første afklarende møder (før kategoriseringen blev lovkrav). I vores case-kommuner bruger én at inddrage lægekonsulenten tidligt, men ikke til selve kategoriseringen. En anden har i en periode haft lægekonsulenten med ved visitationsmøder, men er – til lægekonsulentens fortrydelse – overgået til en anden praksis. Årsagen er, at den faglige leder og sags-

behandlerne ikke mener, at visitationsarbejde er en hensigtsmæssig brug af lægekonsulentens tid.

Tidlig inddragelse af lægekonsulenten: Bedre udredning og færre lægeerklæringer

Lægekonsulenterne nævner selv tre fordele ved at lade dem deltage tidligt i sygedagpengeopfølgningen. Den første drejer sig om at få udredt, hvad fraværet faktisk skyldes. Lægekonsulentens deltagelse i den indledende opfølgning – der efter lovens ikrafttræden typisk vil sige i kategoriseringen – giver bedre mulighed for at få skilt sagerne fra hinanden: Sygdom for sig, livssituationer (fx skilsmisse eller alvorligt sygt barn) for sig og arbejdskonflikter for sig.

En sådan opdeling er naturligvis ikke altid entydig, men opdelingen betyder – stadig ifølge flere lægekonsulenter – at man kan lade specialisterne koncentrere sig om det, som de er specialister i. Argumentet går som følger: *Lægekonsulenten* koncentrerer sig om det (social)medicinske og er bl.a. den, som beslutter, hvilke lægeoplysninger der er behov for. Lægekonsulenten deltager også i formuleringen af spørgsmål på statusattesterne. *Lægerne* bliver kun bedt om at skrive lægeerklæringer på dem, der er sygemeldt pga. sygdom, mens der ikke er behov for at bebyrde lægen, hvis sagen åbenlyst ikke drejer sig om sygdom. I tilfælde, hvor der ikke er tale om sygdom i medicinsk forstand, er den sygemeldte ikke berettiget til sygedagpenge, og det er primært kommunens opgave at gøre dette klart for den sygemeldte. Endvidere behøver den praktiserende læge ikke at være ekspert i den socialmedicinske lovgivning (det er lægekonsulenten), men kan koncentrere sig om at holde sig opdateret i det almenmedicinske. *Socialrådgiverne* kan koncentrere sig om det socialfaglige. I 'rene' sygdomssager er der ikke meget socialfagligt at arbejde med. Det kan der derimod være i 'livssituationssager', hvad enten den fortsætter som en sygedagpengesag eller ej. 'Arbejdskonfliktsagerne' kan også have noget socialfagligt i sig, men hovedadressaten er i disse sager de *faglige organisationer*.

Det angives af de interviewpersoner, der kender til en sådan model, at kommunen kan spare store beløb på sygedagpengeudgifterne. En væsentlig hurdle ved at indføre modellen ligger i vanetænkning, fra lægekonsulenternes side, men nok hovedsageligt fra sagsbehandlerne. Endvidere indebærer modellen en højere normering af lægekonsulenttid end den gennemsnitlige.

En anden fordel, som lægekonsulenterne peger på, ved at deltage tidligt i sygedagpengeforløbene, drejer sig om mere præcis brug af lægeoplysninger. En lægekonsulent fortæller, at hans erfaring er, at kommer man som lægekonsulent først sent ind i en sag, er der stor risiko for, at der ligger mange irrelevante lægeerklæringer. For en erfaren lægekonsulent er journaloplysninger ofte tilstrækkelige. Hertil kan lægges, at nogle lægekonsulenter ikke mener, at en LÆ 255, hvor kun del 1 er udfyldt, bidrager med flere oplysninger, end hvad patienten selv har skrevet på oplysningsskemaet. Rekvirering af færre lægeerklæringer vil ikke blot spare kommunen for udgifter, men samtidig falde i god jord hos de praktiserende læger, der synes, de er overbebyrdede af at udskrive lægeerklæringer.

En tredje fordel ved tidlig inddragelse af lægekonsulenterne siges at ligge i, at opfølgningen kan komme hurtigere i gang. Med sin lægefaglige viden er lægekonsulenten bedre klædt på til at vurdere, hvornår forskellige tiltag kan begynde. Sagsbehandlere, mener flere lægekonsulenter, er ofte bange for at forværre en medicinsk tilstand og vil derfor være tilbøjelige til at udsætte eventuelle tiltag.

I det omfang de praktiserende læger kender til kommunens organisering (se herom i kapitel 4), vil det endvidere være en fordel, at de praktiserende læger ved, at de skriver deres attester og erklæringer til en læge. Det vil give mere præcise lægelige oplysninger.

‘Kommunelæger hænger jo ikke ligefrem på træerne’: Normering og rekruttering

Det er ikke ud fra denne undersøgelse muligt at sige noget om, hvorvidt lægekonsulenterne har ret i deres vurdering af, at der er mange penge at spare på sygedagpengeudgifterne, hvis de inddrages tidligere (og mere) i opfølgningen. I hvilket omfang en given forvaltning vil kunne drage fordel af en opnormering af lægekonsulentrollen, afhænger formentlig af sagsbehandlernes indstilling hertil, strategien i lægesamarbejdet, kommunalbestyrelsens indstilling til at bruge flere ressourcer på området og sidst, men ikke mindst, mulighederne for at rekruttere egnede lægekonsulenter.

Også på det område giver de interviewede lægekonsulenter deres besyv med. For det første må normeringen være i orden. En lægekonsulents bud på, hvor meget en ‘ordentlig brug’ af lægekonsulenten i sygedagpengeforløbene koster, er en time per 10.000 indbyggere per uge.

Normeringen siges at blive opfattet som en konkurrenceparameter kommunerne imellem.

En anden konkurrenceparameter er sammenhæng i stillingen, således at lægekonsulenten arbejder både på fx børne-unge-området og sygedagpengeområdet. Her vil kommunalreformen med de nye, større kommuner formentlig gøre det nemmere at sammensætte lægekonsulentstillingerne på en attraktiv måde. Ikke mindst ved at gøre dem til faste fuldtidsstillinger. På spørgsmålet, om det ikke ville cementere lægekonsulentstillingerne som kvindejob, lyder svaret:

Jeg ser hellere en masse yngre, veluddannede kvindelige læger [som lægekonsulenter] end nogle skrubtudser, der kommer torsdag eftermiddag to timer og dårligt kender lovgivningen og tror, at SM'er er noget med lak og læder ... (Lægekonsulent).

LÆGERNES SYN PÅ SAGEN

Første gang, man sætter sit navn under en sygemelding, spiller man jo på en eller anden måde hasard med patientens fremtid. En sygemelding, der går ud over 6-8 uger ... Der er jo skræmmende store tal for, at de ikke vender tilbage. (Praktiserende læge).

Dette kapitel gengiver essensen af praktiserende lægers erfaringer med lovændringerne fra 2005. Loven tager fat om lægernes rolle i sygedagpengeopfølgningen særligt på to punkter. Det ene handler om forbedringer af udformningen af to lægeerklæringer: den ene til kommunerne, (Attest om mulighed for at varetage arbejde, LÆ 255) og den anden til virksomhederne (lægeerklæring om uarbejdsdygtighed – også kaldet uarbejdsdygtighedserklæringen). Det andet punkt handler om bedre samarbejde med kommunerne.

Selvom loven og vejledningen overvejende lægger fokus på lægeerklæringerne i forhold til samarbejdet med kommunen, præsenteres lægernes erfaringer på de to punkter i den omvendte rækkefølge. Det er der en pointe med. Datamaterialet viser, at et godt samarbejde mellem den kommunale forvaltning og kommunens praktiserende læger omkring sygedagpengeopfølgningen ikke kan reduceres til udveksling af oplysninger på en lægeerklæring. Både for brugen af lægeerklæringerne og mere bredt for den samlede indsats på sygedagpengeområdet er det vigtigt, i

hvilken kontekst samarbejdet mellem læger og (hovedsagelig) kommunen foregår.

DET OVERORDNEDE SAMARBEJDE MED KOMMUNERNE

Lægernes rolle i sygedagpengeopfølgningen er central af en række grunde. Som fast (familie)læge sidder de inde med vigtig baggrundsviden om den sygemeldte. De har gode muligheder for at holdningspåvirke deres patienter qua deres kendskab til dem og deres sædvanlige rolle og position i samfundet. Lægen er desuden ofte den første myndighedsperson, der ser en sygemelding under opsejling. Endelig er lægerne naturligvis vigtige pga. deres behandlingsindsats. Lægernes særlige forudsætninger og kompetencer gør deres deltagelse i sygedagpengeopfølgningen vital.

Alligevel er billedet i de fem case-kommuner, at kommunerne ikke har prioriteret udviklingen af samarbejdet med de praktiserende læger. Dertil kommer, at både sagsbehandlere og læger giver udtryk for ikke at være tilfredse med samarbejdet, som det er.

Det daglige samarbejde er ikke gået i stå. Der flyder til stadighed en lind strøm af lægeerklæringer og attester fra kommunen til lægerne og tilbage igen. Men lægerne opponerer generelt imod antallet af erklæringer og attester, som de fortæller, der har været markant stigende de senere år. Nogle oplever, at antallet har nået et omfang, der opleves som kvælende. De klager endvidere over jævnligt ikke at vide, hvad formålet er med en given erklæring eller attest. Det puster til oplevelsen af, at der ikke er noget formål ud over måske, at sagsbehandleren kan vise, at der sker noget i en sag.

Sagsbehandlerne sukker modsat over mangelfuldt udfyldte erklæringer, hvor ”krydsene bliver tyndere og tyndere” og lægeoplysningerne dermed så godt som ubrugelige.

Samarbejde uden ide

Der synes at mangle ideer til, hvad samarbejdet mellem forvaltningens sygedagpengeafsnit og de praktiserende læger kan bruges til ud over det snævert sagsspecifikke.

I hver af de fem case-kommuner findes et samarbejdsudvalg, men interviewpersonernes beskrivelse af form og indhold vidner ikke

om slagkraftige udvalg. Fremmødet er pauvert og består typisk af nogle få særligt interesserede samt de, som har mødepligt. I flere kommuner forlyder det, at møderækken i praksis er gået i stå og ikke forventes at blive taget op igen før efter, strukturreformen er faldet på plads. Indholdsmæssigt drejer møderne sig ofte om de nye centrale retningslinjer og lovændringer, der beskrives. Desuden er samarbejdsudvalget ofte stedet, hvor specifikke regler genopfriskes. Fx at kommunen ikke bør bede om lægeudtalelser uden om attestformen eller stille spørgsmål på en statusattest, der kræver, at patienten indkaldes til en konsultation.

Tilsyneladende bliver samarbejdsudvalgene i de fem case-kommuner derimod ikke brugt til et mere analytisk arbejde, der kunne præcisere, hvordan sygedagpengeindsatsen på lokalt niveau med fordel kunne målrettes. Diskussion eller information om lokale retningslinjer synes heller ikke at fylde meget.

Manglende aftaler skaber forvirring

Et helt konkret eksempel på, hvordan manglende samarbejde mellem kommunen og de praktiserende læger kan forringe opfølgningsindsatsen på sygedagpengeområdet, drejer sig om brugen af den nye lægeerklæring til kommunerne (LÆ 255).

Det er ovenfor beskrevet, hvordan LÆ 255 i sit første leveår ikke har fået nogen videre fødselshjælp fra central side. Det gælder tilsyneladende også på lokalt niveau. De interviewede læger fortæller, at den nye erklæring, udfyldelsen af den og tankerne bag den ikke har været diskuteret på et mere overordnet plan med kommunen. Det har skabt en del forvirring, om erklæringens enkelte punkter, men især om, hvornår lægen kun skal udfylde erklæringens del 1, og hvornår del 2 også skal udfyldes. (Tvetydighederne omkring LÆ 255 og problemerne med dens udfyldelse uddybes nedenfor).

De fleste læger har kastet sig ud i det og hver især fortolket reglerne på sin måde i håb om, at fortolkningen stemmer overens med kommunens. Ikke alene kunne megen frustration undgås, hvis kommuner og læger havde en fælles forståelse. Lægeerklæringen som redskab ville også vinde i styrke. Uden en fælles forståelse sidder sagsbehandlerne i dag og må gætte sig til, hvorfor erklæringens del 2 ikke er udfyldt. Er det, fordi del 2 ikke var bestilt af kommunen? Var lægen tidspresset? Er der ikke usikkerhed om sygdommes varighed? Har lægen ikke flere rele-

vante supplerende oplysninger? Kan vi slutte, at der ikke er flere bagvedliggende problematikker, sagsbehandleren bør have in mente?

Som det er nu i de fem case-kommuner, efterlyser lægerne tilbagemeldinger både på deres generelle måde at udfylde erklæringer og attester på såvel som på, hvad der videre er sket i specifikke sager. Flere læger mener endvidere, at kommunerne er meget karrige med oplysninger om, hvad en given attest eller erklæring skal bruges til. Det skaber usikkerhed hos lægerne og ulyst til at videregive oplysninger. Alt sammen er hurdler, der hæmmer samarbejdet mellem kommune og læger.

LÆGESAMARBEJDE MED STRATEGI

De interviewede læger efterlyser et tættere samarbejde med kommunerne om sygedagpengeopfølgning, end der er i dag, og frem for alt ønsker de mere kvalitet i samarbejdet. Stykket sammen af forskellige udmeldinger fra læger, lægekonsulenter og sagsbehandlere omkring forholdet mellem læger og forvaltning, tegner der sig i datamaterialet centrale elementer til en strategi i lægesamarbejdet.

Samarbejdet starter før den første sygemelding

En fælles indsats på sygedagpengeområdet starter før den første sag er landet hos forvaltningen. Flere læger peger på nødvendigheden af at gøre det klart, at de involverede parter har et fælles mål – nemlig at hindre udstødning fra arbejdsmarkedet. For at nå målet, må gamle fjendebilleder og fordomme lægges på hylden.

De praktiserende læger skal kende den kommunale sagsgang

Et fornuftigt samarbejde omkring sygedagpengeopfølgningen forudsætter, at kommunens praktiserende læger i hovedtræk kender til sagsbehandlingen på rådhuset, hvordan den er organiseret, hvilke principper, den følger, og hvordan der prioriteres.

Et eksempel: En væsentlig del af de interviewede læger fortæller, at de ikke ved, hvem der læser deres erklæringer til kommunen. Nogle mener, at det nok er sagsbehandlere uden kendskab til medicinsk sprogbrug, mens andre formoder, at modtageren er kommunens lægekonsulent. Lægeerklæringerne ville blive mere brugbare, hvis lægerne ikke skulle gætte på, hvem de skriver til.

Flere læger oplyser at have modtaget anmodninger om lægeerklæringer, hvor de ikke har kunnet forstå formålet med dem. Det kan ikke afvises, at de hentyder til tilfælde, hvor formålet faktisk var dunkelt. Men havde lægerne haft et bedre kendskab til den kommunale sagsgang, ville de bedre have været i stand til at afvise erklæringen som irrelevant eller foreslå en anden type erklæring eller attest. En anden mulighed er naturligvis, at de ville kunne se relevansen af en given erklæring.

Kommunerne skal have realistiske forventninger til lægerne

Flere af de interviewede læger klandrer kommunerne for at have alt for høje forventninger til, hvilke oplysninger lægerne sidder inde med. ”Vi er jo ikke udstyret med krystalkugler, hvor vi kan se svaret på alt”, som én siger. Ud over at skruer forventningerne ned, kan kommunerne også gøre noget andet, nemlig forberede spørgsmålene til lægerne godt.

Der er på LÆ 251, som er den formular, kommunen bruger til at rekvirere en LÆ 255 med, afsat plads til, at sagsbehandleren giver lægen relevante oplysninger. Det kunne fx være, om man har overvejet revalidering eller pension. På statusattesterne er det selve problemstillingen, der skal formuleres af sagsbehandleren, og lægekonsulenternes råd er klart: Jo mere præcise, jo mere velovervejede og jo mere velforberedte spørgsmål, jo bedre svar. Der er i case-kommunerne forskel på, hvor meget lægekonsulenterne bruges til at forberede spørgsmål til statusattester eller oplysninger til brug ved udfyldelsen af en LÆ 255.

Afklaring af rollefordelingen

De fleste læger beretter om tilfælde, hvor de er blevet stødt over, at deres faglige vurdering ikke er blevet vægtet (nok). Modsat er man på forvaltningerne kede af, når lægerne – bevidst eller ubevidst – giver de sygemeldte fastlåste forestillinger om, hvad der videre skal ske. Som en lægekonsulent siger:

Der skal jo bare være én lille praktiserende læge, der i sin godhed og indforståethed med patienten pipper om, at ”ja, det ender jo nok med en pension”, så er spillet kørende, og så er patienten fuldstændig låst fast i ”jeg skal ha’ min pension”.

Af datamaterialet ser vi, at nogle læger er meget bevidste om de muligheder, de har for tidligt at opdage risikosignaler og sætte ind over for læn-

gerevarende sygeperioder. Andre læger synes derimod langt mindre tilbøjelige til at tænke arbejdsmarkedsrettet i deres indsats over for patienterne. Det kan skyldes vanetænkning, men også et ønske om at beskytte deres patienter mod et arbejdsmarked, de opfatter som mere og mere krævende.

Aftaler om fælles holdninger og handlinger

De ovennævnte punkter er nødvendige i fundamentet for et godt samarbejde mellem kommunen og lægerne. Oven på fundamentet kan så bygges det egentlige strategiske samarbejde.

En af de interviewede lægekonsulenter kender til et sådant samarbejde fra en anden kommune. I denne kommune laver man løbende aftaler mellem forvaltningen og de praktiserende læger, bl.a. omkring længden af sygemeldinger på særlige diagnoser. Der er fx givet håndslag på, at første gang, en patient får en sygemelding på baggrund af en depressionsdiagnose, sættes varigheden til 2-4 uger. Er der behov for forlængelser, laves de efterfølgende. Baggrunden for denne praksis er, at en del depressionsdiagnoser viser sig at dække over ganske mange andre ting, fx en arbejdskonflikt.

Et andet element af samarbejdet er at lade lægerne hjælpe forvaltningen med at skille forskellige typer af (syge)fravær fra hinanden: Hvad er sygdomsrelateret fravær? Hvad bunder i en arbejdskonflikt? Hvad skyldes en svær livssituation, fx skilsmisse eller alvorligt syge pårørende. Forvaltningen tøver fx ikke med at ringe lægerne op og spørge, hvad der menes, når der på lægeerklæringen om årsagen til fraværet står ”følelsesmæssig stress”.

Årsagsudredningen har flere fordele for forvaltningen. Dels bliver det muligt at målrette sygedagpengene til det formål, der præciseres i loven: dagpenge ved sygdom (og ikke andet fravær). Dels – og ikke mindre vigtigt – bliver arbejdet mere fagligt udfordrende for socialrådgiverne. Eventuelle sociale årsager til sygefraværet bliver synlige, og der bliver noget socialfagligt at arbejde med. Dermed kan samarbejdet mellem læger og forvaltning tillige blive et redskab til bekæmpelse af de rekrutteringsproblemer, sygedagpengeområdet slås med.

Sagsspecifikt samarbejde

Det er vigtigt også at pleje det sagsspecifikke samarbejde. En af case-kommunerne har på dette punkt særligt gode erfaringer at dele ud af (også selvom ordningen er ophørt pga. ressourcemangel):

Modellen består i jævnlige møder – typisk månedlige – mellem sagsbehandler og læge, hvor konkrete sygedagpengesager på lægens patienter gennemgås. Møderne foregår hos lægen. Gennemgangen af sagerne får konkrete spørgsmål ryddet af vejen, men lige så vigtigt lærer de involverede parter hinanden at kende. Kendskabet øger forståelsen for de arbejdsbetingelser, man hver især har, og dermed kvaliteten af både samarbejdet og hver enkelt aktørs indsats.

ERFARINGER MED LÆ 255

Et af de nye redskaber, loven har bragt på banen, er *Attest om mulighed for at varetage et arbejde* (LÆ 255). Når der i flæng tales om ”lægeerklæringen”, er det som oftest denne, der tænkes på.

Indførelsen af LÆ 255 skal ses som et led i at styrke kommunens indsats for at fastholde sygemeldte på arbejdsmarkedet og øge brugen af delvis tilbagevenden til arbejdet. Derfor fokuserer LÆ 255 langt mere end de to erklæringer, den erstatter (LÆ 205 og LÆ 215), på den sygemeldtes arbejdsevne.

Lægerne har en noget blandet opfattelse af brugbarheden af LÆ 255. Der er stor forvirring omkring, hvornår den skal bruges, og den beskrives som svær at udfylde. En ting er de fleste dog enige om: Konfrontationen og samtalen med den sygemeldte, som brugen af attesten indebærer, er en stor fordel.

Lægernes vurderinger svinger

Der er blandt lægerne meget delte meninger om LÆ 255. Nogle mener, at den ”er god nok – og bedre, efterhånden som vi får erfaring med den. Men noget vidunderapparat er det ikke.” Andre er mere uforbeholdne: ”Den er absolut håbløs! Helt ubrugelig!”

Noget af kritikken har ikke med selve LÆ 255 at gøre, men skyldes en generel oplevelse af at drukne i erklæringer. Det gælder især lægerne fra den kommune, der i en periode rutinemæssigt bad om en LÆ 255 på næsten alle sygemeldte.

Andre påpeger derimod forhold, der direkte relaterer sig til LÆ 255. Overordnet rynkes brynene over, at det er nødvendigt at bruge de praktiserende lægers (kursus)tid på bare at lære at udfylde erklæringen. Der sigtes til den omfattende kursusrække, som Lægeforeningens kursusudvalg står for om brugen og udfyldelsen af LÆ 255. Men erklæringen er langt fra lige til at gå til, som det vil fremgå af næste afsnit:

Forvirring: Hvad skal egentlig udfyldes - del 1 eller 2?

En betragtelig del af de interviewede læger fortæller, at de er usikre på, hvornår de skal udfylde del 1, og hvornår både del 1 og del 2. Forvirringen skyldes bl.a., at reglerne ikke er entydige. I vejledningen til loven står, at kommunen kan bestille enten erklæringens del 1 eller både del 1 og 2. Derefter står der følgende:

Hvis kommunen kun bestiller del 1, kan lægen af egen drift udfylde del 2 og modtage betaling herfor. Det kan ske i de tilfælde, hvor lægen vurderer, at der er særlige problemstillinger, hvor der er behov for en kommunal indsats (Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2005, s. 17).

Ifølge vejledningen er det altså særlige problemstillinger, der bør få lægen til at udfylde del 2. På selve erklæringen står der derimod, at del 2 udfyldes, hvis sygeperiodens varighed er meget usikker (LÆ 255, del 1, pkt. 2.c). Det kan selvfølgelig diskuteres – og det gør lægerne i høj grad også – hvad der ligger i den udefinerede størrelse *meget*. Men lige så bemærkelsesværdigt er det, at der på erklæringen tales om varighed og ikke længere om problemstillinger.

På anmodningen om erklæringen, der har nummer LÆ 251, dukker en tredje formulering op. Her står der:

Hvis der er usikkerhed med hensyn til skøn over sygdommes varighed – eller lægen har relevante supplerende oplysninger – udfylder lægen både del 1 og del 2.

Her er det altså nok, at skønnet er usikkert og ikke meget usikkert, som under pkt. 2.c. Endvidere er det nu relevante supplerende oplysninger, der bør få lægen til at udfylde del 2.

Det kan indvendes, at det reelt er underordnet, hvilken præcis sprogbrug der anvendes – lægerne har i dagligdagen slet ikke tid til at hænge sig i semantiske finurligheder. Og netop derfor bliver en helt fjerde formulering, hentet øverst fra anmodningsskrivelsen (LÆ 251), som oftest udslagsgivende:

For at sikre, at der afsættes tilstrækkelig tid til undersøgelsen, bedes De [patienten] gøre lægen/lægesekretæren opmærksom på, hvilken betegnelse erklæringen har (LÆ 255) – samt hvilke dele at attesten, kommunen har anmodet om bliver udfyldt (se nedenfor).

Neden for de citerede linjer findes to kasser, hvor kommunen har afkrydset, om der ønskes del 1 eller både del 1 og 2.

Uden en god forståelse for, hvad kommunen skal bruge lægeerklæringen til, er fristelsen for lægen til blot at udfylde, hvad der bliver bestilt, ganske stor. Endvidere er det et reelt praktisk problem, hvis behovet for at udfylde del 2 opstår under en konsultation, hvor der er afsat 10 minutter alene til udfyldelse af del 1. De færreste læger har lyst til at lade tre til fire patienter sidde og vente de 45 minutter, det forventes at tage at udfylde del 2. Valget står derfor mellem at undlade at udfylde del 2 (det er det letteste), at udfylde den sjusket (det forekommer også) eller at finde en ny tid til den sygemeldte. Selvom en ny tid formentlig er det mest redelige, kan den mulighed blive valgt fra, fordi man kan komme ud over de tidsgrænser, kommunen sætter for returnering af erklæringen.

Som allerede tidligere pointeret, er der god grund til, at forvaltningen laver aftaler med de praktiserende læger om, hvilken forståelse man lokalt har af reglerne.

Indholdet af erklæringen

Umiddelbart udtaler lægerne sig overvejende positivt om LÆ 255. Der er ræson i at gå i dybden med en sygemeldts arbejdssevne. Men som én siger:

Da jeg så den [LÆ 255] første gang, syntes jeg egentlig, den var meget god. Ja, det var så før, jeg begyndte at bruge den.

Erklæringen bliver opfattet som vanskelig at udfylde, hvis det skal gøres ordentligt. Her synes erklæringens baggrund og formål at støde imod hinanden. LÆ 255 afløser to tidligere erklæringer (LÆ 205 og LÆ 215), der begge var relativt mindre (en side hver). Lægerne synes generelt, at LÆ 255 burde være af samme størrelse. Det er den også, når der alene er tale om del 1. Problemet opstår, når også del 2 skal udfyldes, for så bliver erklæringen pludselig ganske omfattende.

Nogle læger giver derfor udtryk for, at LÆ 255 er en mærkelig hybrid mellem den gamle dagpengeattest (LÆ 205) og en generel helbredsattest (der er den mest omfattende erklæring, en praktiserende læge laver). Når de udfylder erklæringen, er de ofte i tvivl, om de skal sigte mod en 'stor' erklæring eller en 'lille' erklæring. Afvejningen synes ikke at være ligetil, og det giver problemer, når forvaltningen skal arbejde videre med den indkomne erklæring. En lægekonsulent, der også selv er praktiserende læge, siger:

Det er sådan nogle ting [omkring komplicerede behandlingsforløb], der på sådan en forholdsvis lille attest [LÆ 255] måske bliver lidt lemfældigt udfyldt. Mange gange, så bliver det et kryds i *ved ikke*. Og så sidder man på socialforvaltningen og siger: "Hvad fanden. Nu har vi så indhentet denne her [erklæring], og så er vi stort set lige vidt."

En del af disse problemer er givetvis begyndervanskeligheder, og mange læger efterlyser feedback på, om de udfylder erklæringen efter hensigten. I det omfang, læger og kommuner får talt ud om vanskelighederne, har LÆ 255 i mange af de interviewedes øjne potentialet til at blive en ganske udmærket erklæring.

Spørgsmålet er, om der bliver talt ud. Af interviewene fremgår det, at forvaltningerne i case-kommunerne mindre end et år efter erklæringens fødsel i stigende grad er begyndt at efterspørge statusattester frem for LÆ 255'ere. Observationen er naturligvis begrænset til case-kommunerne og kan ikke generaliseres til hele landet. Tendensen støttes imidlertid af læger fra en række andre kommuner samlet på et af Lægeforeningens Kursusudvalgs kurser om brugen af LÆ 255.

LÆ 255 versus statusattesten: Holdes arbejdsmarkedsfokus?

Set fra kommunernes side har statusattesten den fordel, at forvaltningen kan redegøre mere præcist for den problemstilling, som lægen bedes forholde sig til, evt. ved at stille konkrete spørgsmål til lægen. Man undgår dermed de 'tynde krydser'. Flere læger fortæller også, at de foretrækker statusattesten, fordi det er en friteksterklæring.

Økonomisk kan kommunerne også have en interesse i at bruge statusattesten frem for LÆ 255 del 1 og 2. Statusattesten honoreres i skrivende stund med 332 kr., LÆ 255 del 1 med 231 kr., og LÆ 255 del 1 og 2 med 829 kr.

Der er imidlertid to underliggende problemer med statusattesten. Det ene drejer sig om, i hvilket omfang spørgsmålene på statusattesten retter sig mod den sygemeldtes arbejdsevne. Gør de ikke det, vil forvaltningen mangle oplysninger om arbejdsevnen, og sygedagpengeindsatsen vil alt andet lige blive mindre arbejdsmarkedsrettet.

Det andet er, at statusattesten, som navnet siger, er en opgørelse over status. Statusattesten skal ifølge reglerne udfyldes på baggrund af lægens journaloplysninger, og uden at patienten, den sygemeldte, indkaldes til en konsultation. Dermed har statusattesten ikke det element af dialog og konfrontation mellem læge og patient, som ligger i LÆ 255.

Konfrontation og dialog med den sygemeldte

Forcen i LÆ 255 ligger i, at den skal udfyldes af lægen og den sygemeldte i fællesskab. Dermed adskiller LÆ 255 sig afgørende fra fx statusattesten og journaloplysningerne, der (i princippet) udfærdiges/fremsendes, uden at den sygemeldte har set eller talt med lægen i den anledning.

Forskellen kan måske umiddelbart være svær at få øje på for sagsbehandlerne, der sidder tilbage med de skriftlige oplysninger. De kender af gode grunde ikke til den dialog, der har ført til et givet kryds eller en given bemærkning.

Dialogredskabet anvendes jo i udpræget grad af sagsbehandlerne, men lægernes brug af redskabet synes at give en ny indfaldsvinkel, særligt til de sygemeldte, der har 'ondt i arbejdsmoralen'. Årsagen er, at disse sygemeldte har sværere ved at 'gemme sig' bag påståede symptomer og sygdomme pga. lægens viden på netop de områder.

Selvom enkelte læger sukker over, hvad de anser som en påduttet rolle som sagsbehandler, tillægger mange af de interviewede læger dialogen stor betydning, hovedsageligt af to grunde. Den ene er, at ud-

fyldelsen af erklæringen – særligt del 2 – bliver bedre. Dialogen bidrager med mere nuancerede oplysninger omkring den sygemeldtes arbejdsforhold end dem, lægen kender til. Dermed kan skånehensyn og mulighed for delvis tilbagevenden til arbejdet blive udredt mere detaljeret. En bedre kvalitet af disse oplysninger burde være synlig også i de erklæringer, der når kommunekontoret.

Den anden grund relaterer sig netop til den dialog – i visse tilfælde er ordet konfrontation på sin plads – som kan være med til at påvirke den sygemeldtes opfattelse af sin egen situation, og i hvilket omfang sygdommen forhindrer deltagelse på arbejdsmarkedet. De interviewede læger giver flere eksempler på, hvordan dialogen kan være med til at forkorte forløbet af en sygemelding, uden at det kan ses skriftligt. En beretter således, at selvom delvis-feltet ikke nødvendigvis bliver krydset af, så kan samtalen omkring en delvis tilbagevenden få patienten til at genvurdere sin situation og blive mere opmærksom på, hvornår og hvordan arbejdet kan genoptages enten delvist eller fuldt ud.

En anden læge kommer ind på, hvorledes konfrontationen er særlig velegnet, når der er mistanke om, at der ikke ligger reel sygdom bag en sygemelding:

Der kommer en patient og siger: ”Jeg har fået ny chef, og jeg bliver sådan mobbet”. Og det er da sikkert rigtigt, at der foregår meget mobning. Men hvis de så skal sygemeldes ... Jeg mener, det skal de jo ikke på dét grundlag. De er jo ikke syge. Man bliver sygemeldt pga. sygdom ... Men det ender jo så alligevel med, at der bliver en kortvarig sygemelding. Og dér skal de jo så se: Dér fanger bordet, for hvad skal vi nu kalde det på erklæringen? Du bliver jo ikke sygemeldt, fordi du græder. Hvad er det så, du græder for? Er det noget psykiatri? Er det dét, vi snakker om? Der skal en diagnose på, i hvert fald når kommunen beder om en attest. Og når vi så får den dialog i gang, så kan de jo godt se – mange gange i hvert fald – at der er noget her. Det er ikke bare lige til at plukke de her penge ned fra træerne og så få sine dagpenge på den måde.

Lægernes rolle i arbejdskonflikter bliver taget op igen senere i kapitlet. For nærværende er det væsentlige at bide mærke i den udredning af sygemeldingsårsager, som konfrontationen kan bidrage med.

De færreste af de interviewede læger oplever, at konfrontationen har ændret noget afgørende ved deres forhold til deres patienter. Flere forsikrer om, at de altid har haft patienterne med, når de har udfyldt diverse erklæringer til kommunen, og at patienterne via aktindsigt alligevel altid vil få at vide, hvad der står i en given erklæring.

Til spørgsmålet om, hvad der sker, når lægen og den sygemeldte er uenige om varigheden eller omfanget af uarbejdsdygtigheden, deler lægerne sig i to lejre. Nogle græmmer sig over, at i sådanne situationer bliver teksten på erklæringen som oftest et kompromis, som reelt ikke er meget værd. Det siger hverken noget om, at den sygemeldte føler sig for dårlig til at arbejde, eller at lægen mener, at arbejdet ville kunne genoptages enten helt eller delvist. Andre bedyrer, at de holder fanen højt og skriver, hvad de mener der skal stå i erklæringen, også selvom den sygemeldte ikke er enig. Som en siger:

Patienten skal ikke nødvendigvis være enig i min vurdering, men han skal acceptere, at det er mit synspunkt ... Selvfølgelig er det ikke patienten, der bestemmer, hvad der står – så er det jo ikke en lægeerklæring længere ... Forvaltningen beder om en lægeerklæring. De beder jo ikke én gang til om patientens opfattelse af sin arbejdssevne.

UARBEJDSDYGTIGHEDSERKLÆRINGEN OG SAMARBEJDET MED VIRKSOMHEDERNE

Uarbejdsdygtighedserklæringen eller 'lægeerklæring om uarbejdsdygtighed', som den formelt hedder, er lægernes erklæring til arbejdsgiverne om deres ansattes uarbejdsdygtighed. Denne erklæring gennemgik også en revision i forbindelse med lovændringerne. Ændringerne er lavet for at opbløde grænserne mellem sygdom og uarbejdsdygtighed. Hensigten er, at det skal være muligt og mere almindeligt, at sygemeldte arbejder delvist under et sygeforløb, fx i forbindelse med tilbagevenden til arbejdet. Ud over forandringerne i uarbejdsdygtighedserklæringen griber loven ikke yderligere ind i forholdet mellem lægerne og virksomhederne.

Forbedringerne af uarbejdsdygtighedserklæringen har konkret udmøntet sig i, at hvis feltet *delvis uarbejdsdygtig* afkrydses, bedes lægen nu uddybe den omtrentlige varighed og grad af reduktion af arbejdssevnen.

Derudover er det nyt, at lægen også bedes uddybe, hvilke funktioner den sygemeldte bør undgå, fx rygbelastende arbejde, natarbejde eller stående arbejde. Formålet er at henlede opmærksomheden på funktioner, som den sygemeldte godt kan varetage og derfra vurdere mulighederne for at reducere sygefraværet gennem en omplacering til andet arbejde eller særlige skånehensyn.

De seneste tal fra www.jobindsats.dk (Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2006) viser, at delvise syge-/raskmeldinger bruges i ca. 6,4 pct. af alle sygedagpengesager. I de flittigste kommuner er tallet over 10 pct., mens det i de mest tilbageholdende kommuner er under 2 pct. Fire af vores case-kommuner var ganske gennemsnitlige på dette mål, mens en var blevet valgt pga. et højt tal. Lægerne fra denne kommune havde dog ingen bud på, hvorfor præcis deres kommune skilte sig ud. Ligesom læger i andre kommuner oplever de ikke, at kommunen presser på for at øge brugen af delvis tilbagevenden, og deres forhold til arbejdsgiverne synes heller ikke at være af en særlig karakter. Deres svar indgår derfor i analysen på lige fod med svarene fra de øvrige interviewede.

Delvis tilbagevenden er et godt redskab ...

Lægerne melder om gode erfaringer med delvise syge-/raskmeldinger. Nogle er særligt glade for dem i forhold til patienter med stressdiagnoser. Andre fremhæver diagnoser relateret til bevægeapparatet og atter andre forbinder mere generelt delvise syge-/raskmeldinger med tilbagevenden fra et længerevarende sygeforløb.

Lægerne peger på tre hovedårsager til, at delvise syge-/raskmeldinger bruges mere og mere. Det drejer sig om en holdningsændring blandt patienterne. Det drejer sig om mere fleksible virksomheder, der har bedre muligheder for at omplacere en medarbejder eller tage særlige skånehensyn. Og endelig drejer det sig – ifølge flere læger – om, at i takt med, at arbejdsmarkedet strammer til, er virksomhederne mere og mere interesserede i al den arbejdskraft, de kan få – også den, der kommer fra en delvis syge-/raskmeldt.

... der kunne bruges mere

Det må logisk forventes, at der er en øvre grænse for, hvor mange potentielle delvise syge-/raskmeldinger det er relevant at lave. I praksis er der dog ikke noget, der tyder på, at vi er i nærheden af den grænse. Ingen af de interviewede læger udtrykker bekymring for, at der generelt bruges for

mange delvise syge-/raskmeldinger. Heller ingen har principielle indvendinger imod, at sygemeldte vender tilbage til arbejdet, før de er 100 pct. raske, hvis den enkelte er i stand til det. Tværtimod fremhæver flere både behandlingsmæssige og terapeutiske fordele: Den sygemeldte holder sig fysisk i gang og mange har det mentalt bedre ved, trods sygdom, at være en del af et arbejdsfællesskab. Uagtet disse fordele synes delvis tilbagevenden kun i ringe omfang at være et redskab, lægerne bruger aktivt i forhold til behandling af en given patient.

Hurdlen i brugen af delvise syge-/raskmeldinger ligger, ifølge lægerne, overvejende hos virksomhederne. En del læger fortæller om episoder, hvor virksomheden foretrækker – eller måske endog forlanger – at den sygemeldte er fraværende fuldt ud. På den baggrund fortæller en læge, at han aldrig afkrydser delvis-feltet, medmindre patienten kan fortælle, at arbejdsgiveren er indforstået. At insistere på en delvis sygemelding imod arbejdsgiverens ønske, er opskriften på konflikt. Ikke kun med virksomheden, men ofte også med kommunen, der skal strides med virksomheden omkring tilbageholdelse af sygedagpenge.

En anden begrænsning i brugen af delvise syge-/raskmeldinger ligger i lægernes manglende kendskab til de enkelte arbejdspladser. Lægen har som oftest kun den sygemeldtes beskrivelse af arbejdsindholdet og arbejdspladsen og har ikke mulighed for at vurdere, i hvilket omfang delvis tilbagevenden (såvel som omplacering eller skånehensyn) er praktiske muligheder. Flere læger siger, at de derfor tit opfordrer deres patienter til at tale med arbejdsgiveren om disse ting, men uden at det vil fremgå af lægeerklæringen. Årsagen er, at det er nemmere at arbejde uformelt på en delvis-model, end at udgangspunktet er et kryds i delvis-feltet på lægeerklæringen. Er krydset først sat, forpligter det kommunen til at handle, også selvom det kan skabe konflikter, som forvaltningen, virksomheden, lægen og/eller den sygemeldte helst havde undgået.

Kun få funktionsbeskrivelser

En del læger synes at have den opfattelse, at uarbejdsdygtighedserklæringens funktionsbeskrivelser kun skal udfyldes, hvis der er krydset i delvis-feltet. Selvom vejledningen ikke er explicit herom, beskrives udfyldningen af funktionsoplysningerne på linje med andre oplysninger, der udfyldes hver gang. Der er altså ikke fra vejledningen belæg for at springe disse oplysninger over.

Men det sker ikke desto mindre tit. Flere læger lader forstå, at deres opfattelse (korrekt eller ej) er, at virksomhederne alene er interesse-rede i varighedsskønnet. Det kan spille ind, at begrebet 'varighedsattest' stadig figurerer i funktionærloven og derfor også i DADL's Attestnøgle, ligesom virksomhedsledere i almindelighed også bruger det. Skellet mellem varighedsattest og uarbejdsdygtighedserklæring er langt fra skarpt. I de tilfælde, hvor hovedsigtet med erklæringen anses for at være varighedsskønnet, ser lægerne ofte ingen grund til at uddybe funktionsbe-grænsninger og skånebehov. Det samme er tilfældet, når virksomhederne beder om en lægeerklæring alene som kontrol for, at den ansatte faktisk var eller er syg.

'Kontrolerklæringerne'

En stor del af de uarbejdsdygtighedserklæringer, som virksomhederne rekvirerer, har ifølge lægerne alene det formål at gøre den ansatte op-mærksom på, at virksomheden holder øje med den pågældendes sygefra-vær. Denne anvendelse af lægeerklæringen kaldes her 'kontrolerklærin-ger'. Tankegangen er, at sygefraværet – og her tænkes mestendels på det kortvarige fravær på en dag eller et par dage – vil reduceres, hvis den ansatte skal forsvare fraværet med en lægeerklæring. Den generelle regel i loven er, at en arbejdsgiver tidligst kan forlange en lægeerklæring efter 4. fraværdsdag. Mange virksomheder vælger først at kræve en lægeerklæring efter fravær på fx en uge eller 14 dage eller beder slet ikke automatisk en sygemeldt ansat om at fremskaffe en lægeerklæring ved fravær. Modsat siger reglerne, at en arbejdsgiver i særlige tilfælde kan forlange en lægeer-klæring af en ansat allerede fra første fraværdsdag.

Tankerne bag funktionsbeskrivelserne og feltet 'delvis uarbejds-dygtig' passer dårligt til 'kontrolerklæringerne'. Mange læger springer ganske enkelt punkterne over under henvisning til, at virksomhedernes interesse ligger i varighedsskønnet.

Brugen af 'kontrolerklæringerne' er en torn i øjet på lægerne. De er trætte af – i deres egne øjne – at blive brugt som bussemænd over for medarbejdere, der har (for) meget sygefravær og ser intet formål med det:

Hvad skal man gøre: Patienten ringer mandag og siger, at hun havde influenza i fredags, men det var jo bare influenza, og det går jo over, så hun ringede jo ikke til lægevagten. Men nu siger hendes arbejdsgiver, at hun skal have en sygemelding. Jamen, hvad skal man gøre andet, end at skrive: ”pt. oplyser at være syg i fredags”. Hvad kan nogen dog bruge det til? (Praktiserende læge).

Modsat mener mange virksomhedsledere, at uarbejdsdygtighedserklæringer ofte er nødtørftigt og lemfældigt udfyldte. Selvom mange virksomheder stadig beder om dem, er nogle dog kommet til en ny erkendelse. En virksomhedsleder siger:

Min erfaring er, at du ikke kan bruge lægeerklæringerne som kontrolelement ... I en periode skrev lægerne jo bare hvad som helst, til hvem som helst og hvornår som helst, og da blev den mulighed jo ligesom udhulet. Og det er også fair nok. Jeg synes egentlig, at det er virksomheden, der skal håndtere [fravær] og ikke lægerne.

Loven forsøger ikke at regulere brugen af ‘kontrollerklæringer’, men de fylder i landskabet og spiller tydeligvis negativt ind på det daglige samarbejde mellem to hovedaktører på sygedagpengeområdet. Og deraf også på indsatsen på området.

Endelig bør det nævnes, at en del af brugen af uarbejdsdygtighedserklæringen sker som konsekvens af bestemmelser i funktionærloven, snarere end i sygedagpengeloven. En uarbejdsdygtighedserklæring kan således rekvireres af arbejdsgiveren med hjemmel i sygedagpengelovens § 36 stk. 3, såvel som funktionærlovens § 5 stk. 4. Det kan i forbindelse med funktionærlovens bestemmelser om sygdom være væsentligt for parterne at kunne dokumentere helbredsforhold, og det er den samme formular til uarbejdsdygtighedserklæring, der anvendes til dette formål.

Som en lus mellem to negle: lægeerklæringer og arbejdskonflikter

De interviewede læger beretter, at de i stigende omfang ser sig selv som ufrivillige aktører i regulære arbejdskonflikter. En læge ridser problemstillingen op:

Man er tit i et dilemma, fordi patienten sidder og græder, fordi de har det dårligt med at gå på arbejde. Nogle gange skriver jeg også den der frigørelsesattest, så de kan blive løst fra det arbejdsforhold. Men det er jo ikke det samme som at sygemelde dem. ”Det er jo ikke dig, der er syg - det er arbejdet”. Men jeg vil da tro, at der er mange, der bare sygemelder dem, for det er sværere at tage den der diskussion. Og du skal også til at snakke med fagforeningen, fordi du ikke vil skrive under på den der sygemelding. Men det er jo arbejdsforholdene, der er forkerte.

Sygemeldinger er ‘populære’, fordi det er den eneste måde, hvorpå en ansat kan blive løst fra sine forpligtelser på jobbet og stadig bevare sin løn (forudsat løn under sygdom). Presset på lægerne for at skrive sygemeldingerne er derfor stort, ofte også fra fagforeningernes side.

Der er dog flere problemer i det. Flere læger taler både i denne forbindelse og i forbindelse med pjæksyge patienter om, at deres erklæringer er juridiske dokumenter, der skal kunne forsvares i det legale system om nødvendigt. Desuden er der risiko for at sygemeldingen i sig selv er marginaliserende, jf. citatet, der indleder dette kapitel.

Hvis sygemeldingen alligevel skrives, kobles den ikke sjældent til en psykisk diagnose. Det giver også anledning til bekymringer:

Der er ingen grund til, at vi stigmatiserer folk med en diagnose på en psykisk sygdom som fx stress, som de reelt ikke har. Og de fleste har jo ikke en regelret depression. Det er jo noget helt andet.

Dertil kommer behandlingsaspektet:

En depression, der ikke er en depression, men en arbejdskonflikt, er jo dårligt behandlet som depression. Hvis det er en arbejdskonflikt, så må sagen jo tages derfra.

Udfordringen ligger i 'at tage den derfra'. Der er ingen tvivl om, at sygedagpengesystemet ville blive 'renere', hvis andre forhold end sygdom blev holdt ude af det, jf. diskussionerne omkring adskillelse af sygdom, livssituation og arbejdskonflikter, som har været nævnt flere gange i rapporten.

VIRKSOMHEDERNES VINKEL

Ændringerne i sygedagpengeloven fra 2005 sætter fokus på virksomhedernes rolle i sygedagpengeproblematikken ud fra et perspektiv, der kobler reduktion af sygefravær til fastholdelse og (tidlig) tilbagevenden til arbejdet. Det er ikke lovens ærinde at sætte ind over for nedslidning, arbejdsulykker eller forbedring af fx det psykiske arbejdsmiljø. Det er derfor heller ikke evalueringens ærinde at se på, hvad virksomhederne gør, før en medarbejder sygemeldes, men alene efter at fraværet er blevet til en sygedagpengesag.

Loven peger på to forhold, der skal forbedres. Det ene er samarbejdet med kommunerne. Loven ekspliciterer, at kommunerne har ansvaret for koordineringen af indsatsen mellem involverede aktører, herunder virksomhederne. Kommunerne forpligtes til at informere virksomhederne om forskellige tiltag, der iværksættes over for en sygemeldt medarbejder, fx en arbejdsprøvning, og til på forskellig vis at yde virksomhederne service og rådgivning. I dette kapitel ser vi på, hvorledes samarbejdet med kommunerne vurderes fra virksomhedernes side.

Det andet forhold, som loven sætter ind over for, er udformningen af uarbejdsdygtighedserklæringen. En erklæring med mere fokus på funktionsoplysninger og mulighed for delvis tilbagevenden til arbejdet er derfor blevet udarbejdet. I kapitlet ser vi også på virksomhedernes syn på denne nyskabelse.

Formålet med de to tiltag er overordnet set at reducere sygefraværet, men som delmål ønskes øget brug af delvise syge-/raskmeldinger, således at den sygemeldte har mulighed for at arbejde under sygeforløbet. Virksomhederne fortæller, at de er glade for mulighederne for delvise syge-/raskmeldinger. Hvorvidt de bruges, synes dog i mindre grad at afhænge af kommunens indsats eller lægeoplysningerne på uarbejdsdygtighedserklæringen end af den sygemeldtes anciennitet og position på virksomheden. Perifere eller uskattede medarbejdere tilbydes kun i mindre omfang ordninger om fleksibel tilbagevenden.

VIRKSOMHEDERNES ROLLE I SYGEDAGPENGEFORLØB

Hvis man er sygemeldt fra sit arbejde, hvad rolle spiller virksomhedens gøren og laden så for fraværet? En hel del faktisk. Særligt på tre punkter spiller virksomhederne afgørende ind: i forhold til at holde kontakten til arbejdspladsen ved lige, i forhold til at finde alternative jobfunktioner til den sygemeldte (omplaceringer) og i forhold til delvis tilbagevenden til arbejdet. I det omfang, kommunerne forsøger at inddrage virksomhederne i sygedagpengeopfølgningen, kan man med fordel fokusere på disse tre punkter.

Kontakten mellem den sygemeldte og virksomheden

Tidligere undersøgelser har pointeret vigtigheden af, at sygemeldte bevarer kontakten til arbejdsgiverne under sygeforløbet (Høgelund m.fl., 2003). Det er ganske almindeligt, at en virksomhedsleder eller en kollega (eventuelt på opfordring fra en leder) holder kontakt til en længerevarende sygemeldt kollega. Nogle virksomheder har faste aftaler om, at den sygemeldte fx ringer hver fredag. Andre har mere sporadisk kontakt via telefon, mail eller sms og måske med en erkendtlighed i ny og næ. En del opfordrer den sygemeldte til at komme forbi en gang imellem. En virksomhedsleder fortæller fx om en sygemeldt sekretær, der først kom forbi til kaffe, siden hjalp lidt med posten, så tog hun nogle telefoner, og i løbet af nogen tid var hun tilbage på fuld tid.

I de eksempler, der nævnes blandt de interviewede i denne undersøgelse, er kontakten typisk ganske uformel. Står virksomhedslederen

for kontakten, er det typisk, at han eller hun vejrer situationen for ikke at komme til at virke anmassende og kontrollerende over for den ansatte.

Der er forskellige formål med kontakten. Omsorgen for den enkelte vejer tungt. For skattede medarbejdere betyder ønsket om at fastholde dem i et ansættelsesforhold også meget. Endelig er virksomhederne også interesserede i at opnå viden om varigheden af fraværet. Flere virksomhedsledere fortæller, at de får meget mere at vide om den sygemeldtes forventede forløb ved den uformelle kontakt til den sygemeldte end de kan få på en lægeerklæring.

Loven præciserer, at de kommunale sagsbehandlere bør tilskynde de sygemeldte til at holde kontakten til arbejdspladsen ved lige. Det er ikke muligt ud fra virksomhedsledernes udtalelser at vurdere, i hvilket omfang det sker. Virksomhedslederne oplever ikke, at deres kontakt med de sygemeldte er påvirket af forvaltningen, men det kan ikke på denne baggrund konkluderes, at den ikke er det. De kommunale sagsbehandlere kan have en rolle i forhold til at tilskynde den sygemeldte til at holde kontakt til arbejdsgiveren. Det fremhæves i hvert fald af de interviewede sagsbehandlere i denne undersøgelse, at de i høj grad tilskynder de sygemeldte til det.

Omplaceringer

Virksomhederne fortæller, at de gerne forsøger at være fleksible og omplacere en (vældigt) medarbejder. Der er dog nogle hindringer.

En hindring findes i højt specialiserede virksomheder. Arbejdsfunktionerne sådanne steder er mange gange af en sådan art, at der skal særlige kompetencer til for at udføre arbejdet. Det betyder samtidig, at mister man netop disse kompetencer, kan det være vanskeligt at finde alternativer selv på en relativt stor virksomhed.

En anden hindring ligger i de små virksomheder, hvor der ganske enkelt ikke er så mange jobfunktioner at omplacere imellem.

Også større virksomheder kan 'løbe tør' for alternativer. Her kan lovens fokus på omplaceringer og delvise syge-/raskmeldinger ende i et problem: En virksomhedsleder beretter om at have forsøgt forskellige omplaceringer med en medarbejder uden større held. Hos lægen havde den sygemeldte – ganske korrekt – fået udstedt en lægeerklæring med et kryds i 'delvis uarbejdsdygtig'; problemet var blot, at omplaceringer havde været prøvet. Den ansatte var på interviewtidspunktet på en delvis sygemelding, men kunne reelt ikke varetage sine nedsatte arbejdsfunktio-

ner. Samtidig var kommunen uvillig til at udbetale fulde sygedagpenge, pga. lægens indikation af delvis arbejdsdygtighed. Virksomhedslederens vurdering på interviewtidspunktet var, at det ville ende med en fyring.

Delvise syge-/raskmeldinger

Der er ikke i loven knyttet nogen forpligtigelser til virksomhederne og deres medvirken til sygemeldte ansattes delvise tilbagevenden til arbejdet. Den kommunale forvaltning kan afvise at udbetale virksomheden fulde sygedagpenge i de tilfælde, hvor den sygemeldte alene er delvist uarbejdsdygtig. Men forvaltningen kan ikke tvinge virksomheden til at bruge den sygemeldte. Ved at insistere på reducerede dagpenge, risikerer kommunen, at virksomheden vælger at fyre den pågældende, som det fremgik af situationen beskrevet ovenfor. Virksomhedslederen siger:

Lige nu er han deltidssygemeldt, men i et stykke tid blev han bare hjemme. Det var jo en dårlig forretning. Så vi bad ham komme ind, så vi kunne få lidt for de penge. Så nu går han til hånde, men det ender nok med en fyring.

Der er altså en grænse for, hvor langt en virksomhed vil og kan strække sig. Flere virksomhedsledere fortæller dog, at i takt med at arbejdsmarkedet strammes til, er fastholdelse – herunder delvis tilbagevending fra sygdom – et stadig vigtigere personalepolitisk redskab. Det samme gælder, når en jobfunktion er forbundet med en lang oplæringstid.

Foruden eksterne påvirkninger fra arbejdsmarkedet afhænger villigheden til at finde fleksible alternativer til en almindelig arbejdsfunktion i høj grad af, hvor værdsat den pågældende er. Anciennitet og særlige arbejdsrelevante kompetencer er de to forhold, der synes at betyde mest i den forbindelse, hvilket også har kunnet observeres i tidligere undersøgelser (Høgelund m.fl., 2003). Ifølge kommunerne og arbejdsgiverne spiller det dog også ind, hvorvidt den pågældende er værdsat som person og kollega. Den generelle tendens i retning af, at virksomheder prioriterer værdsatte medarbejdere og nøglemedarbejdere, når der skal tages særlige hensyn, underbygges også af lønmodtagernes mere generelle oplevelser af virksomhedernes sociale engagement, som er påvist i tidligere undersøgelser (Holt m.fl., 2004).

Villigheden til fleksibilitet kan også være hjulpet på vej af forsikringsordninger. En af de virksomheder, der deltog i undersøgelsen, har

således en ordning med et privat forsikringsselskab, som betyder, at virksomheden ved længerevarende sygdom kompenseres for lønudgiften, når fraværet overstiger tre måneders varighed. På dette tidspunkt betaler forsikringen altså differencen mellem dagpengene og lønnen til virksomheden. Ved en delvis tilbagevenden på fx 15 ugentlige timer sammensættes den ansattes aflønning dermed af:

1. dagpenge udbetalt af kommunen for forskellen mellem normal arbejdstid (fx 37 timer om ugen) og de 15 timer
2. løn for de 15 arbejdede timer
3. og forsikringsudbetalingen, som er forskellen mellem 1 + 2 og den almindelige løn.

Virksomheden betaler altså alene for de arbejdede timer, og den ansatte oplever ikke en lønnedgang. Kommunen har stadig udgifter til reducerede dagpenge. Ordningen gør, som det formuleres af virksomhedslederen, ”at man kan være mere stor i slaget”. Altså, at der er mere villighed til at finde fleksible ordninger omkring delvis tilbagevending.

Ud over villigheden skal muligheden være til stede. Særligt i forhold til omplaceringer er det af betydning, hvor mange forskellige jobfunktioner virksomheden råder over. Større virksomheder har som oftest flere strenge at spille på. Meget specialiserede jobfunktioner kan dog på større virksomheder som nævnt være en bremse for, hvor fleksible arbejdsgiverne kan være.

SAMARBEJDET MED KOMMUNEN

Som tidligere beskrevet, præciserer loven kommunernes pligt til at koordinere sygedagpengeindsatsen med andre involverede aktører, herunder ikke mindst virksomhederne. Det er også beskrevet ovenfor, at kommunerne ikke har haft udpræget fokus på at udvikle dette samarbejde.

Samarbejdet er som oftest om enkeltsager. Når talen falder på samarbejdet med kommunerne, tænker mange virksomheder i første omgang på det administrative samarbejde i forbindelse med refusion af virksomhedernes udgifter til dagpenge. Dette samarbejde kører overordnet set godt. Der kan dog være nogle skærmydsler omkring fx for sent indsendte anmeldelser eller forsvundne papirer. Virksomhederne efterla-

der i interviewene det indtryk, at de vedkender sig deres forpligtelser mht. tidsfrister, men at de også kommer efter kommunerne, hvis disse skulle have lavet en fejl i udbetalingen. Enkelte er dog betænkelige ved udsigten til, at en sygemeldt medarbejders manglende medvirken til sygedagpengeopfølgningen kan betyde, at virksomheden mister dagpenge-refusion. Det synspunkt uddybes nedenfor.

I forbindelse med sygedagpengeopfølgningen er samarbejde af en anden slags end det administrative dog mere centralt. Det er det samarbejde, der foregår om en indsats eller et tiltag over for den sygemeldte.

Samarbejdet om indsatser og tiltag

Overordnet set melder de interviewede virksomhedsledere om gode erfaringer med samarbejdet med kommunen om indsatser og tiltag rettet mod længerevarende sygemeldte.

Flere virksomhedsledere mener dog ikke, at virksomhederne bliver brugt i tilstrækkeligt omfang. Nogle giver udtryk for, at kommunerne (og lægerne) synes at have berøringsangst over for arbejdspladserne og ikke i tilstrækkelig grad undersøger mulighederne for at involvere dem i opfølgningsforløbet. De påpeger, at det jo ikke nødvendigvis drejer sig om specifikke foranstaltninger (fx en arbejdsprøvning eller en delvis tilbagevenden), men også 'blødere' tiltag som fx inddragelse af virksomheden i at holde kontakten ved lige eller uformelle samtaler om mulige tiltag i fremtiden. På spørgsmålet, om kommunerne ikke holder sig tilbage for ikke at afsløre den sygemeldtes private forhold til arbejdsgiveren, svarer flere, at mange medarbejdere selv er meget mere åbne omkring deres sygdomsforhold. Nogle virksomhedsledere siger, at de i en del tilfælde fungerer som et mellemlid mellem forvaltningen og den sygemeldte:

Jeg har da nogle gange haft medarbejderne, der har stillet op herovre med et brev fra kommunen. Og så siger jeg: "Ta' det roligt. Det er ikke for at skubbe til dig. Det er bare en opfølgning for at høre, hvordan du har det" ... Så snakker vi om det og ringer til den sagsbehandler, der står på, og taler med dem. Og det viser sig, at det er OK ... Mange gange, når folk ser sådan et officielt stykke papir fra kommunen, så føler de sig dybt utrygge. De der officielle formularer ... de får folk til at føle sig utrygge på en eller anden måde, så de måske lige glemmer at læse, hvad der

står sådan rigtigt. Og så har de en opfattelse af: ”Uh, de er nok ikke til at snakke med på kommunen.”

Andre virksomhedsledere synes, kommunerne har tendens til at frasige sig ansvaret, når arbejdspladsen af sig selv gør meget ud af at være en rummelig virksomhed. Anken lyder, at først når tidsgrænserne er ved at falde, eller virksomheden truer med en firing, begynder kommunerne at agere. Indtil da er oplevelsen fra virksomhedernes side, at kommunerne forsøger at se, om virksomheden ikke løser problemet, fx med et uformelt skånejob.

Partnerskab: Indgang til det kommunale system

Særligt store virksomheder, hvis medarbejdere er spredt ud over mange kommuner, påpeger, at det kan være svært at finde ud af, hvilken person i en forvaltning, man skal tale med. Kommunerne kan have mange fine tiltag, men i én kommune er den rette person sagsbehandleren, mens det i en anden er virksomhedskonsulenten. Hyppig personaleudskiftning gør ikke problemet mindre.

En af de interviewede virksomheder har af den grund lavet en partnerskabsaftale med en af case-kommunerne. Virksomheden er hjemmehørende i denne kommune, selvom kun et mindretal af de ansatte bor i den. Trods denne inkongruens ser virksomheden partnerskabsaftalen som et stort aktiv, idet den også fungerer som indgangsdør til andre kommuner. Kommunen er villig til at svare på generelle spørgsmål om fx reglerne for forskellige ordninger. I personsager, der omhandler medarbejdere bosiddende i en anden kommune, er case-kommunen desuden altid behjælpelig med at identificere, hvilken person i den givne kommune der er den relevante at tale med. Trods de gode erfaringer er det ikke indtrykket, at sådanne aftaler laves og bruges i større målestok.

Skyld og straf: Refusioner og sygemeldtes manglende medvirken

Indførelsen af oplysningsskemaet, der jo er et administrativt redskab til brug for informationsudveksling mellem den sygemeldte og kommunen, har i enkelte virksomheder givet anledning til panderynken.

Årsagen er lovkravet om, at den sygemeldte skal returnere skemaet til kommunen inden for otte dage. Returneres skemaet ikke, medvirker den sygemeldte ikke til opfølgningen, og kommunen skal standse udbetalingen af dagpengene. I de tilfælde, hvor en sygemeldt modtager

løn under sygefraværet, udbetales dagpengene til arbejdsgiveren. Den situation kan altså opstå, at en virksomhed ikke længere modtager dagpengerefusionen, selvom en ansat fortsat er fraværende fra arbejdet.

I den konkrete virksomhed har man derfor overvejet at bede de ansatte om at skrive under på, at de forpligtiger sig til at medvirke ved sygedagpengeopfølgningen, bl.a. ved at indsende de kommunale oplysningsskemaer rettidigt, således at virksomheden ikke mister dagpengerefusion af den grund. Den juridiske værdi af sådan en aftale har været diskuteret blandt virksomhedens jurister, men ifølge interviewpersonen er den juridiske holdbarhed af mindre betydning. Det vigtige er, at de ansatte mindes om, at deres handlinger (eller mangel på samme) kan have konsekvenser for virksomheden.

Nogle virksomheder er potentielt mere sårbare over for dette problem end andre. Ifølge de kommunale sagsbehandlere sker det dog kun meget sjældent, at dagpengene standses pga. den sygemeldtes manglende medvirken. Det er i øvrigt vurderingen, at i hovedparten af de sager, hvor det alligevel sker, oppebærer den sygemeldte ikke løn under sygdom. Arbejdsgiverne sættes derfor sjældent i nogen økonomisk klemme.

DEN NYE UARBEJDSDYGTIGHEDSERKLÆRING

Den nye uarbejdsdygtighedserklæring med funktionsbeskrivelser er tænkt som et redskab, der kan støtte op om virksomhedernes fastholdelsesindsats. De deltagende virksomhedsledere (der kender erklæringen) har ikke noget negativt at indvende mod funktionsoplysningerne som sådan. Men brugen af de nye funktionsoplysninger begrænses alligevel af især to forhold. Det ene er virksomhedernes generelle mistillid til lægernes erklæringer, hvilket i høj grad reducerer brugen af erklæringer i det hele taget. Det andet er, at i det omfang, virksomhederne bruger lægeerklæringer, er det i nogen grad alene som 'kontrolerklæringer', hvor fastholdelsesaspektet ikke indgår, og funktionsoplysninger derfor er irrelevante.

Mistillid til lægeerklæringer mindsker brug af funktionsoplysninger

Mange virksomhedsledere udtrykker skepsis over for lægeerklæringerne. Som en siger: "Jeg gider ikke se den, og jeg gider ikke betale for den".

Problemet er, ifølge virksomhedslederne, at det er alt for nemt for en medarbejder at få en lægeerklæring, der retfærdiggør fravær fra arbejdet. Lægerne klandres mere eller mindre direkte for at skrive lægeerklæringer ud, hvad enten fraværet skyldes sygdom, pjæk eller andet (herunder arbejdspress og konflikter på arbejdspladsen).

Nogle virksomhedsledere nuancerer dette negative billede ved at anerkende, at erklæringer udstedt senere i et sygeforløb som regel er af en bedre kvalitet. Lederne tolker det sådan, at lægerne på det tidspunkt tager deres opgave mere seriøst.

Denne skepsis hindrer dog ikke en del virksomheder i alligevel at bruge 'kontrollerklæringerne'. Men flere af interviewpersonerne bemærker, at de kender til mange virksomheder, der er holdt op med konsekvent at bede om lægeerklæringer efter fjerde fraværsdag (ifølge loven må lægeerklæringer almindeligvis først udskrives efter fjerde fraværsdag). Værdien af erklæringerne er simpelthen blevet udhulet. En virksomhedsleder kommenter:

Det er egentlig fair nok. Jeg synes egentlig, at det er virksomheden, der skal håndtere [fravær] ... Problemet er jo virksomhedens. Ligeegyldigt, om det er pjæk eller reelt, så kan [fraværet] jo være et problem, der er uforeneligt med arbejdet.

Hvis denne udtalelse repræsenterer en generel tendens, må det forventes, at virksomhederne vil bruge færre lægeerklæringer i fremtiden. Lægerne vil ganske givet sætte pris på, at antallet af 'kontrollerklæringer' bliver reduceret.

I forhold til sygedagpengeindsatsen er det dog et problem, hvis virksomhederne holder op med at rekvirere lægeerklæringer. Lovens intention om, at den nye uarbejdsdygtighedserklæring skal sikre virksomhederne funktionsoplysninger, som kan støtte op om deres fastholdelsesindsats, afhænger jo først og sidst af, at virksomhederne faktisk beder om oplysningerne.

Skal de nye funktionsoplysninger i spil i et bredere udsnit af virksomhederne, må virksomhedernes tillid til lægeerklæringerne generelt forbedres. Det sker formentligt næppe, så længe kommunikationen udelukkende foregår i blanketform og enkeltsags-regi.

Få, men gode erfaringer med funktionsoplysninger

En god del af de interviewede virksomhedsledere angiver, at de ingen erfaringer har med uarbejdsdygtighedserklæringens funktionsoplysninger. Af disse var flere ikke klar over, at de kan fås.

Et par af de interviewede fortæller dog om gode erfaringer med funktionsoplysningerne. Fuldt på linje med lovens intention beretter en virksomhedsleder om, hvorledes funktionsoplysningerne i et givent tilfælde var medvirkende til, at de præcise opgaver ved en omplacering blev defineret til alles tilfredshed.

Den af de interviewede virksomhedsledere, der formentlig har mest erfaring med brug af funktionsoplysningerne, hilser også initiativet velkommen. Det er et nyttigt redskab – hvis det bliver udfyldt fyldestgørende. Sker det ikke, har virksomheden ikke formel adgang til yderligere og mere præcise oplysninger. I disse tilfælde er man så afhængig af direkte inddragelse af den sygemeldte selv og dennes motivation for at formidle de relevante funktionsoplysninger mellem læge og virksomhed, hvilket kan være mere eller mindre hensigtsmæssigt. En sidste mulighed i disse sager kan være at afholde en rundbordssamtale mellem virksomheden, den sygemeldte, kommunen og eventuelle andre.

REFERENCER

- Arbejdsmarkedsstyrelsen (2006): www.jobindsats.dk.
- Arbejdsmarkedsstyrelsen (2005): *Vejledning om visitation og opfølgning m.v. i sygedagpengesager af 24. september 2005*.
- Babbie, E. (1992): *The Practice of Social Research*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Beskæftigelsesministeriet (2004): *Lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel*. Lov nr. 852 af 20. december 1989. Jf. Lovbek. Nr. 1047 af 28. oktober 2004.
- Beskæftigelsesministeriet (2003): *Analyse af det danske sygefravær*. http://www.bm.dk/graphics/dokumenter/udgivelser/danske%20udgivelser/analyserapport_sygefraer.pdf.
- Boll, J. & Christensen, T.Q. (2002): *Kontanthjælpsmodtagere og arbejdsmarkedet – Casestudie fra Vestegnen*. København: Socialforskningsinstituttet 02:1.
- Boll, J. & Clausen, T. (2003): *Begrænsning af sygefravær og sikring af de sygemeldtes arbejdsmarkedstilkenytning*. København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdspapir 4:2003.
- Boyne, G.A., Meier, K.J., O'Toole, L.J. & Walker, R.M. (2005): Where Next? Research Directions on Performance in Public Organisations, *Journal of Public Research and Theory*, no. 15 pp. 633-639.

- Bredgaard, T. & Larsen, F. (2006): *Udliciteringen af beskæftigelsespolitikken. Australien, Holland og Danmark*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Dansk Arbejdsgiverforening (2005): *Arbejdsmarkedsrapport 2005*. <http://www.da.dk/bilag/Kap.%201.pdf>.
- Eshøj, P. (1996): Sygefravær – hvorfor? En socialmedicinsk undersøgelse af årsager til langvarigt sygefravær. Esbjerg: Sydjysk Universitetsforlag.
- Fabricsius-Bjerre, N. & Nielsen, K. (2006): Når læger involveres i sygemelding III. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, pp. 933-948.
- Gannik, D.E. (1999): Situationel sygdom. Fragmenter til en social sygdomsteori baseret på en undersøgelse af ryglidelser. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Holstein, B.E. (2004): Sundhed og samfund, i: Andersen, H. (red.): *Sociologi – en grundbog til et fag*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Holt, H., Jørgensen, M.S., Jensen, S., Lange, D., Larsen, M. & Nygaard, R. (2004): *Virksomheders sociale engagement – årbog 2004*. København: Socialforskningsinstituttet 04:23.
- Høgelund, J. (2006): *De nye visitationskategorier i sygedagpengesager*. København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdspapir 10:2006.
- Høgelund, J., Filges, T. & Jensen, S. (2003) *Langvarigt sygefravær. Hvad sker der og hvordan går det?* København: Socialforskningsinstituttet 03:20.
- Jensen, B.T., Michelsen, N. & Nielsen, C.V. (2004): Sygedagpenge, i: Michelsen, Jensen & Nielsen (red.): *Klinisk socialmedicin*. København: FADL's Forlag.
- Labriola, M. (2006): *Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work*. Ph.D. thesis. København: Arbejdsmiljøinstituttet og Københavns Universitet. http://www.ami.dk/upload/mla_phd.pdf.
- Larsen, J.A. (1998): *En kvalitativ undersøgelse blandt forsikrede ledige og langvarige kontanthjælpsmodtagere*. SFI arbejdspapir.
- Lægeforeningens Attestudvalg og KL (2005): *Socialt-lægeligt samarbejde*. <http://www.kl.dk/236662/>
- Olesen, E.P. (2004): Sådan reduceres sygedagpengeudgifterne. *Socialfagligt Nyt*, nr. 10. http://www.schultz-information.dk/upload/epo_dagpengeudgifter.pdf.

- Olsen, E.R. (2003): Om sygdomsbegrebet og arbejdsevnebegrebet i pensionslove. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, årgang 81, nr. 3.
- Olsen, E.R. (2005): *Syge på tvangsarbejde. Om behandling af førtidspensionsansøgere*. København: Gyldendal.
- Olsen, L. & Rieper, O. (2004): Evalueringsbegrebet, modeller og paradigmer, i: Rieper (red.) *Håndbog i evaluering*. København: AKF Forlag.
- Regeringen (2003): *Det gør vi ved sygefraværet. Regeringens handlingsplan*. http://www.bm.dk/graphics/Dokumenter/Udgivelser/Danske%20udgivelser/handlingsplan_sygefravaer.pdf.
- Sundhedsvæsenet (2006): *Den fælles offentlige sundhedsportal*. Tilgængelig via www.sundhed.dk.

SFI-UDGIVELSER SIDEN 2006

- 06:01 Egelund, T.: *Sammenbrud i anbringelser*. 2006. 79 s. ISBN 87-7487-802-6. Kr. 65,00
- 06:02 Holt, H., Geerdsen, L.P., Christensen, G., Klitgaard, C. & Lind, M.L.: *Det kønsopdelte arbejdsmarked. En kvantitativ og kvalitativ behy-
ning*. 2006. 250 s., ISBN 87-7487-804-2. Kr. 228,00.
- 06:03 Rosdahl, A.: *Kommunale aktiveringsprojekter med produktion*. 2006. 51
s. ISBN 87-7487-805-0. Kr. 50,00.
- 06:04 Christensen, E.: *Opvækst med særlig risiko. Indkredsning af børn med
behov for en tidlig forebyggende indsats*. 2006. 92 s. ISBN 87-7487-
806-9. Kr. 85,00.
- 06:05 Jørgensen, M.S., Holt, H., Hohnen, P. & Schimmel, G.: *Job på
særlige vilkår. Overblik over viden på området*. 2006. 83 s. ISBN 87-
7487-807-7. Kr. 75,00.
- 06:06 Rasmussen, M.: *Kontanthjælpsmodtageres gæld. Eftergivelse af offentlig
gæld*. 2006. 68 s. ISBN 87-7487-808-5. Kr. 55,00.
- 06:07 Møller, S.S. & Rosdahl, A.: *Indvandrere i job. Marginalisering og be-
skæftigelse blandt ikke-vestlige indvandrere og efterkommere*. 2006. 171 s.
ISBN 87-7487-809-3. Kr. 160,00.
- 06:08 Bengtsson, S. & Kristensen, L.K.: *Sørforsorgens udlægning*. 2006. 96
s. ISBN 87-7487-810-7. Kr. 100,00.

- 06:09 Larsen, M.: *Fastholdelse og rekruttering af ældre. Arbejdspladser 1995-2000*. 2006. 101 s. ISBN 87-7487-813-1. Kr. 100,00.
- 06:10 Hestbæk, A.-D., Lindemann, A., Nielsen, V.L. & Christoffersen, M.N.: *Nye regler – ny praksis. Ændringerne i servicelovens børneregler 2001. Afslutningsrapport*. 2006. 265 s. ISBN 87-91247-80-2. Rapporten er udgivet af Styrelsen for Social Service. Den kan downloades på www.sfi.dk.
- 06:11 Olsen, H.: *Guide til gode spørgeskemaer. En manual*. 2006. 100 s. ISBN 87-7487-812-3. Kr. 100,00.
- 06:12 Bonke, J.: *Ludomani i Danmark. Udbredelsen af pengespil og problemspillere*. 2006. 79 s. ISBN 87-7487-811-5. Kr. 85,00.
- 06:13 Müller, M.M.: *Arbejdsmiljø og indvandrere. Erfaringer i forhold til rekruttering og fastholdelse*. 2006. 92 s. ISBN 87-7487-816-6. Kr. 90,00.
- 06:14 Hansen, H.: *Time Series of APW-Calculations - Module for Great Britain 1991-2004*. 2006. 83 s. ISBN 87-7487-815-8. Netpublikation. Den kan downloades på www.sfi.dk.
- 06:15 Clausen, J., Heinesen, E. og Hussain, M.A.: *De nye kommuners rammevilkår for beskæftigelsesindsatsen*. 2006. 106 s. ISBN 87-7487-824-7. Den kan downloades på www.sfi.dk.
- 06:16 Christensen, G. og Christensen, S.: *Etniske minoriteter, frivilligt socialt arbejde og integration. Afdækning af muligheder og perspektiver*. 2006. 220 s. ISBN 87-7487-817-4. Den kan downloades på www.sfi.dk.
- 06:17 Schimmel, G.: *LO-dokumentation nr. 2/2006. Barrierer for kvinder i fagligt arbejde. En kvalitativ undersøgelse af årsagerne til kvinders lavere repræsentation i LO-fagbevægelsen*. 2006. 120 s. ISBN-10: 87-7735-770-1, ISBN-13: 978-87-7735-770-1. Rapporten er udgivet af Landsorganisationen i Danmark. Den kan downloades på www.sfi.dk.
- 06:18 Boje, T.P.: *Frivillighed og nonprofit i Danmark. Omfang, organisation, økonomi og beskæftigelse*. 2006. 275 s. ISBN 87-7487-821-2. Kr. 250,00.
- 06:19 Boje, T.P., Fridberg, T. og Ibsen, B. (redaktion): *Den frivillige sektor i Danmark. Omfang og betydning*. 2006. 172 s. ISBN 87-7487-822-0. Kr. 160,00.

- 06:20 Geerdsen, P.P., og Geerdsen, L.: *Fra aktivering til beskæftigelse. En gennemgang af aktiveringsindsatsen i det danske dagpengesystem.* 2006. 72 s. ISBN 87-7487-818-2. Kr. 70,00
- 06:21 Jespersen, C.: *Socialt udsatte børn i dagtilbud.* 2006. 108 s. ISBN 87-7487-835-2. Kr. 100,00
- 06:22 Christensen, V.T.: *Uhørt? Betydningen af nedsat hørelse for arbejdsmarkedstilknytning og arbejdsliv.* 2006. 254 s. ISBN 87-7487-823-9. Kr. 248,00.
- 06:23 Jensen, T.G., Schmidt, G., Jareno, K.N. & Roselius, M.: *Indsatser mod æresrelateret vold.* 2006. 185 s. ISBN: 87-7487-825-5. Netpublikation. Den kan downloades på www.sfi.dk.
- 06:24 Miiler, M.M., Høgelund, J. & Geerdsen, P.P.: *Handicap & beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2005.* 2006. 128 s. ISBN 87-7487-826-3. Kr. 110,00.
- 06:25 Christensen, E. & Andersen, K.V.: *Livsvilkår for børn med familie på danske asylcentre.* 2006. 120 s. ISBN: 87-7487-827-1. Kr. 120,00.
- 06:27 Bengtsson, S. & Nemli, A.: *Oplevelsen af MST. Forældres, unges og terapeuters erfaringer med Multisystemisk Terapi.* 2006. 136 s. ISBN: 87-7487-830-1. Kr. 140,00.
- 06:28 Stigaard, M.V., Sørensen, M.F., Winter, S.C., Friisberg, N. & Henriksen, A.C.: *Kommunernes beskæftigelsesindsats.* 2006. 113 s. ISBN 87-7487-832-8. Kr. 90,00.
- 06:29 Madsen, M.B., Mortensøn, M.D. & Rosdahl, A.: *Arbejdsmarkedsparat eller ej? En kvalitativ undersøgelse af visitationen af kontanthjælpsmodtagere i ti kommuner.* 2006. 109 s. ISBN 87-7487-833-6. Kr. 100,00.
- 06:30 Rosdahl, A. & Petersen, K.N.: *Modtagere af kontanthjælp. En litteraturoversigt om kontanthjælpsmodtagere og den offentlige indsats for at hjælpe dem.* 2006. 87 s. ISBN 87-7487-834-4. Kr. 65,00.
- 06:31 Deding, M & Jakobsen, V.: *Indvandreres arbejdsliv og familieliv.* 2006. 101 s. ISBN 87-7487-836-0. Netpublikation. Den kan downloades på www.sfi.dk.
- 06:32 Deding, M., Lausten, M. & Andersen, A.R.: *Børnefamiliers balance mellem familie- og arbejdsliv.* 2006. 139 s. ISBN 87-7487-837-9. Netpublikation. Den kan downloades på www.sfi.dk.

- 06:34 Christensen, E.: *Uledsagede asylansøgerbørn*. 2006. 64 s. ISBN 87-7487-840-9. Netpublikation. Den kan downloades på www.sfi.dk.
- 06:35 Christensen, V.T.: *Hard of Hearing? Hearing problems and working life*. 2006. 49 s. ISBN 87-7487-823-9. Engelsk sammenfatning af rapporten *Uhørt?* Den kan downloades på www.sfi.dk.
- 07:01 Damgaard, B. & Boll, J.: *Opfølgning på sygedagpenge – Del I. Kommuner, lægers, og virksomheders erfaringer med de nye regler*. 2006. 116 s. ISBN 87-7487-842-5. Kr. 110,00.

OPFØLGNING PÅ SYGEDAGPENGE DEL I

KOMMUNERS, LÆGERS OG VIRKSOMHEDERS ERFARINGER
MED DE NYE REGLER

Den 1. juli 2005 kom der nye regler for kommunernes opfølgning på sygedagpengesager. Hensigten er en øget systematisering af sagsbehandlingen. Det skal ske gennem nye visitations- og opfølgningsregler, krav om øget koordinering med læger og virksomheder samt nogle nye lægeerklæringer. Reglerne har bl.a. særligt fokus på sygemeldte, der er i risiko for at miste deres job.

Denne rapport viser på grundlag af kvalitative interview med kommunale ledere, sagsbehandlere, læger og virksomheder fra fem kommuner, at reglerne er taget i brug efter hensigten. Sygemeldte visiteres og kategoriseres i vid udstrækning som tiltænkt i loven, de nye oplysningsskemaer bliver brugt, og der er stort fokus på overholdelse af opfølgningsreglerne.

Til gengæld kniber det stadig med koordineringen af indsatsen med læger og virksomheder. Rapporten belyser nogle af årsagerne til dette.

Socialforskningsinstituttet

07:01

100 kr. inkl. moms

ISSN: 1396-1810

