

Sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser

Undersøgelse udført for Arbejdsdirektoratet i perioden august 2008 til
april 2009

Forfattere:

Nanna Mik-Meyer

Bodil Just Christensen

Mette Brehm Johansen

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|-----|
| Forord..... | 2 |
| Resume..... | 3 |
| Kapitel 1: Sygdom, sundhed og arbejdsliv | 7 |
| Kapitel 2: Metodeafsnit..... | 10 |
| Spørgeskemaundersøgelse | 11 |
| Interviewundersøgelse | 11 |
| Casestudier | 14 |
| Kapitel 3: Survey | 16 |
| SDM med diffuse lidelser | 17 |
| Samarbejdet med de alment praktiserende læger..... | 21 |
| Samarbejde med lægefaglige konsulenter..... | 25 |
| SDM tilknytning til arbejdsmarkedet..... | 26 |
| Opsummering..... | 27 |
| Kapitel 4. Kvantitativ analyse af kvalitativt interviewmateriale..... | 30 |
| Sygedagpengemodtagere | 30 |
| Sagsbehandlere..... | 44 |
| Alment praktiserende læger og kommunale lægekonsulenter | 54 |
| Kapitel 5: Casestudier på offentlige arbejdspladser med lavt sygefravær | 63 |
| Case 1: Den integrerede daginstitutionen ”Isbjørnen”, Valby..... | 64 |
| Case 2: Gladsaxe Kommunes Rengøringservice..... | 67 |
| Case 3: Hjemmeservicegruppe 9B, Østerbycentret, Esbjerg | 71 |
| Case 4: Hæmatologisk afdeling, Medicinerhuset i Aalborg | 76 |
| Case 5: Hjemmeplejen i Vanløse, Brønshøj og Husum..... | 81 |
| Resultater og implementering: Hvad virker og hvor?..... | 85 |
| Kapitel 6: Lovgivning & tal i Danmark, Sverige & Norge..... | 90 |
| Danmark..... | 90 |
| Sverige | 100 |
| Norge..... | 107 |
| Opsummering..... | 112 |
| Litteraturliste | 115 |
| Bilagsoversigt | 119 |

Førord

Nærværende rapport er resultatet af et forskningsprojekt, udført for Arbejdsdirektoratet i perioden august 2008 til april 2009. Forskningsprojektet har som omdrejningspunkt at se på, hvordan kontakten tager sig ud mellem det sociale system, sundhedssystemet og det stadigt stigende antal borgere med diffuse lidelser, som er svære at udrede, hvorfor disse borgeres sygdomsmeldinger typisk bliver langvarige.

Der er flere personer ud over forfatterne, som har bidraget til rapporten. Signe Vikkelsø har været tilknyttet projektet i forbindelse med at undersøge forskelle og ligheder på sygedagpengelovgivningen og sygefraværet i vores to nabolande, Sverige og Norge, og har således bidraget med store dele af kapitel 6. Katrine Glejtrup har bidraget med sprog/korrekturlæsning på rapporten og endelig har Dorthe Staunæs været en del processen i sit arbejde med køn og diffuse lidelser. Kønsdiskussionen er ikke en del af denne rapport, men er en vigtig del af den bog, som udkommer på forlaget Samfundslitteratur, der også tager afsæt i forskningsprojektet, og som nærværende rapport er et supplement til.

Slutteligt vil vi gerne takke vores kolleger ved Institut for Organisation, Copenhagen Business School, som har lyttet og interesseret sig for undersøgelsen i gennem hele perioden. Vi vil desuden gerne takke Arbejdsdirektoratet for gode, faglige diskussioner i processen og for at have vist både interesse og nysgerrighed overfor resultaterne uden i øvrigt at blande sig i analyseprocessen. Endelig vil vi gerne takke de sygedagpengemodtagere, sagsbehandlere, læger og arbejdspladser, der har taget sig tid til at deltage i undersøgelsen.

København d. 8.april 2009

Bodil Just Christensen, Mette Brehm Johansen og Nanna Mik-Meyer

Resume

Forskellige sygdomsbegreber i de respektive systemer

Et af nærværende undersøgelses hovedresultater er, at det sygdomsbegreb, som henholdsvis læger og sagsbehandlere opererer med, ikke er det samme. Dette skyldes de forskellige organisatoriske rammer, som lægerne og sagsbehandlerne arbejder indenfor samt deres faglige forståelser, og som er medvirkende til at definere hvordan 'syg' og 'rask' opfattes.

Igennem vores analyser bliver det tydeligt, at lægerne generelt set har en position, hvor det er muligt at sygemelde en person ud fra et funktionskriterium, forstået således, at hvis vedkommende ikke kan fungere i sin hverdag, så er denne person 'syg' uanset om der foreligger en diagnose eller ej. Fra sagsbehandlerperspektivet ser det anderledes ud. Den lovgivningsmæssige ramme sætter betingelser for sagsbehandlerens handlemuligheder og er stærkt medvirkende til at definere, hvilket sygdomsbegreb sagsbehandlerne kan arbejde med. Lovgivningsmæssigt er sygdom lig 'uarbejdsdygtig på grund af sygdom', egen sygdom, vel at mærke. Derfor er der i det sociale system et stærkt fokus på diagnoser, da disse i en lovgivningsmæssig forstand kan 'bevise' at en person *er* syg og diagnoser bliver derfor et nødvendigt arbejdsredskab for sagsbehandlerne i arbejdet med SDM. Det er således et mere snævert sygdomsbegreb sagsbehandlerne opererer med i deres møde med borgeren, da begrebet ikke giver plads til at inddrage psykosociale forhold i vurderingen af den sygemeldtes situation. For de fleste sagsbehandlere skaber dette forhold stor frustration, da de socialrådgiveruddannede sagsbehandlere fagligt set er skoleet til at se på 'det hele menneske' i arbejdet med borgerne, dvs. også at kunne inddrage psykosociale forhold.

På sin vis kan man derfor argumentere for at læger og sagsbehandlere bytter roller. Lægerne er uddannet til at behandle den individuelle krop for sygdom, men de har også råderum til at tage højde for psykosociale forhold i deres vurdering af patienten og dennes tilstand. Mange sagsbehandlerne beskriver i interview, at lovgivningens snævre sygdomsbegreb begrænser dem i deres arbejde. De beskriver at de ikke har adgang til de redskaber, som de egentlig gerne ville kunne anvende i deres arbejde, såsom muligheden for at igangsætte psykologforløb eller socialfagligt arbejde. Denne begrænsning vurderes dels at ligge i lovgivningens snævre fokusering på 'egen sygdom' og dels i manglende handlemuligheder og redskaber i arbejdet med SDM, fx muligheden for at tilbyde psykologhjælp.

Diffuse lidelser

De i undersøgelsen hyppigst forekommende diffuse lidelser er, som vist, stress, depression og smerter i bevægeapparatet. Disse lidelser ser ikke ud til at være klart afgrænsede hverken den enkelte lidelse i sig selv eller grænsefladerne mellem lidelserne. Der eksisterer store gradueringskontinua både når det gælder smerter, stress og depression – hvor går grænsen mellem at have ondt og at have uudholdeligt stærke smerter eller hvor bliver travlhed til stress - grænserne for overgangene mellem en 'normal' og en 'syg' tilstand er svære at fastsætte og bidrager til lidelsernes diffuse karakter. At der ikke eksisterer diagnosticeringsværktøjer til at fastsætte disse overgange og give 'beviser' for sygdom samt at læger og sagsbehandlere ikke nødvendigvis forstår lidelserne i samme forståelsesramme og derved ikke har de samme årsags-/løsningsoptik på lidelserne er medvirkende til at skabe deres diffuse karakter (og er delvist også med til at vanskeliggøre samarbejde mellem læger og sagsbehandlere).

Køn og diffuse lidelser

På trods af at forskellen mellem mænds og kvinders sygefravær ikke er markant statistisk set, er det slående, at det langt overvejende er kvinder, der bliver sygemeldt med diffuse lidelser. Hvorvidt mændene ikke bliver ramt af denne type lidelser eller om de formår at fortælle om deres lidelser på en måde, så de ikke bliver karakteriseret som diffuse er spørgsmål vi med denne undersøgelse desværre ikke kan svare på. Men vi har set, at der er en tendens til at sagsbehandlere og læger beskriver mandlige sygedagpengemodtagere som forståeligt syge mens kvinderne i højere grad kædes sammen med diffuse lidelser og den tvivl, usikkerhed og ambivalens som de manglende beviser/diagnoser fører med. Maskulinitet og feminitet træder i vores analyser frem som begreber, der har forskellig resonans i relation til diffuse lidelser. Almindelige forståelser af mandlighed som konnoterende styrke og handlekraft synes ikke at levne plads til svaghed og diffuse smerter mens kvindelighed, smerter og svaghed måske ligger tættere op ad hinanden i de almene forståelser af køn.

SDM strategier

Med blikket rettet mod de sygemeldte selv, har vi i undersøgelsen fremanalyseret tre klientstrategier, der er betegnende for den måde hvorpå SDM orienterer sig mod systemet, sig selv og deres situation. Der er 'den arbejdsorienterede strategi', hvor SDM fokuserer på, og selv tager ansvar for, at vende tilbage til arbejdsmarkedet; 'den sygdomsorienterede strategi', hvor SDM fokuserer på det at være syg og ikke at arbejde og endelig er der 'de nedslidte', hvis fokus er rettet mod at arbejde, hvis de kunne, men det synes ikke muligt for dem på grund af nedslidningsproblemer.

Forskellen på hvilke 'strategier' de sygemeldte anvender i deres sygemeldingsforløb synes til en vis grad at have betydning for varigheden og karakteren af sygdomsforløbet. Man kan generelt sige, at det billede der tegner sig er, at jo længere og komplekst sygemeldingsforløbet bliver jo større sandsynlighed er der for, at den sygemeldtes sygdomsidentitet får en dominerende plads hos den enkelte, hvilket har betydning for den sygemeldtes selvopfattede mulighed for at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Mulige fokuspunkter

I forløb med sygemeldte med diffuse lidelser:

- Der er stor forskel på, hvilke tilbud der er til SDM i de enkelte kommuner. Både sagsbehandlerne og de sygemeldte selv efterlyser tiltag rettet specifikt mod SDM med diffuse lidelser. Sagsbehandlerne ser kombinationen af motion, psykologhjælp og fælles 'informationsmøder' (fx i relation til stress) som tilbud, der er brugbare både for deres arbejde og for de sygemeldte og deres situation. De sygemeldte, der har fået tilbudt sådanne tiltag synes overvejende at være tilfredse med dem, men kun hvis det netop er et tilbud og et tilbud som er specifikt rettet mod vedkommendes situation.
- Sagsbehandlerne og de alment praktiserende læger nævner tættere og mere konkret samarbejde omkring SDM med diffuse lidelser samt tidlig indsats som afgørende for at få SDM tilbage til arbejde.

- Endelig synes både arten og hyppigheden af kontakten mellem den sygemeldte og dennes arbejdsplads at have betydning for SDM sygdomsforløb og mulighed for tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Sygefravær generelt:

I casestudierne har vi fokuseret på at beskrive tiltag, der har vist sig effektive i forhold til at nedsætte sygefraværet på fem udvalgte arbejdspladser. Af tiltag, der synes effektive kan fremhæves:

- Overordnet er det vigtigt at tiltag rettet mod at nedsætte sygefraværet er multidimensionelle. At det er lykket at nedsætte sygefraværet på de fem casearbejdspladser, synes i høj grad at skyldes at den indsats, der har været igangsat, har været målrettet flere niveauer og problemstillinger samtidigt.
- Det er vigtigt at skelne mellem forskellige typer af fravær og sætte specifikt ind i forhold til hver af typerne. Nogen typer fravær reduceres bedst med en stram fraværspolitik mens andre typer mindskes bedst gennem rummelighed i forhold til den enkelte medarbejder og dennes personlige situation fx gennem fleksibel arbejdstidsplanlægning. Det er vigtigt at have en nuanceret tilgang til sygefraværsproblematikken, da sygefravær dækker over mange problemstillinger, som ikke kan løses gennem en enstregen problemforståelse eller problemløsningstilgang.
- Branchespecifikke tiltag i forhold til forbedring af det fysiske arbejdsmiljø.
- Arbejdsglæde og en god 'arbejdspladskultur' er vigtige faktorer for motivation til at gå på arbejde, og casestudierne viser, at det er områder man godt kan arbejde målrettet og struktureret med.

Kapitel 1: Sygdom, sundhed og arbejdsliv

Indledning

I de seneste år har der været en stor stigning i antallet af sygemeldte og det er omkostningsfuldt for samfundet. Det samlede sygefravær blev fx i 2003 vurderet til at koste samfundet omkring 32 mia. kroner årligt (Beskæftigelsesministeriet, 2003). Ser man nærmere på problematikkerne omkring sygefravær, viser sygefraværersforskning i perioden 2003-2007 fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA), at 20% af lønmodtagerne står for 80% af fraværet og at fraværet findes inden for bestemte brancher (særlig plejesektoren med dens store sygefravær er blevet undersøgt, fx Borg m.fl., 2007; Clausen & Borg, 2007). SFI har desuden vist, at mellem 7-10 procent af borgerne i alderen 19-66 både i og uden job mener, at de lider af en række fysiske og psykiske problemer, også til trods for at de ikke har nogen lægelige diagnoser (Bengtsson m.fl. 1995; 2007).

Der foreligger således en række undersøgelser på området der viser, at psykiske belastningsfaktorer og andre udiagnosticerede begrænsninger angives som årsag af en stadig større gruppe borgere, når de skal begrunde, hvorfor de er sygemeldte. Denne gruppe borgere er nærværende undersøgelses fokus, og vi vil i det følgende kalde gruppen 'sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser' forkortet SDM. 'Diffuse lidelser' skal forstås som lidelser, der ikke (umiddelbart) kan diagnosticeres eller lidelser, der ikke kan redegøres fyldestgørende for med en anerkendt diagnose.

Mange områder i relation til sygefravær, er undersøgt kvantitativt. I en rapport fra Arbejdsmiljøinstituttet vurderes det fx, at ca. 1/3 af fraværsdagene skyldes faktorer i arbejdsmiljøet (Jensen m.fl., 2003). Desuden vurderes det, at dårligt arbejdsmiljø kan medføre sygdom og skader der fører til fravær (Lund m.fl., 2003). Forebyggelse af dårligt arbejdsmiljø er således ofte i fokus, når man diskuterer sygefravær. Casestudierne, der er beskrevet i kapitel 5 i nærværende rapport ser på, hvad arbejdspladser, der har arbejdet bevidst med at nedbringe sygefraværet, har gjort. I den forbindelse har vi blandt andre forhold fokus på forbedring af fysisk arbejdsmiljø.

De senere år har forskere fra Arbejdsmiljøinstituttet også beskæftiget sig med, hvilken indflydelse ledelsesstil og utilfredshed med ledelsen har for arbejdsmiljø og sygefravær (Lund m.fl., 2005; Lund, 2006), ligesom evalueringsrapporter har fokuseret på ledelse og ledelsesstil (ReD Associates, 2008). Disse undersøgelser påpeger, at ledelseskvaliteten kan have stor betydning for sygefraværet,

og at andre negative påvirkninger fra arbejdsmiljøet forstærkes ved dårlig ledelse (Labriola, 2006). Man har undersøgt, hvordan forskellige ledelsesstile påvirker det psykosociale arbejdsmiljø, og hvordan bestemte ledelsesstile kan fremme medarbejdernes trivsel (Holten & Nielsen, 2007). Ledelsestemaet er også er trådt frem i nærværende undersøgelse. Dels i SDM beskrivelser af arbejdspladsrelaterede forhold med betydning for deres sygemelding, som vi ser nærmere på i kapitel 4, og dels i relation til casestudierne på arbejdspladser med lavt sygefravær, som behandles i kapitel 5.

Disse tidligere undersøgelser, som vi refererer til her, og andre forskningspublikationer, der beskæftiger sig med sygefravær er dog primært kvantitative undersøgelser, der kortlægger omfang af sygefravær og angiver centrale temaer, der påvirker sygefraværet (fx Beskæftigelsesministeriet, 2003; Høgelund m.fl., 2003; Labriola, 2006; Labriola m.fl. 2007; Lund m.fl. 2003). Der findes således få nutidige undersøgelser, der *kvalitativ* ser på, *hvilke* forhold SDM med diffuse lidelser trækker frem som vigtige, når de skal forklare deres sygemelding. I de kvantitative undersøgelser gives der bud på centrale temaer (fx Labriola m.fl., 2007; Holten & Nielsen, 2007), der vil være vigtige at se på, hvis man skal forstå sygefravær, dog uden at temaerne så at sige bliver ”foldet ud”, så en egentlig forståelse af fænomenet kan etableres. Nærværende undersøgelse har som et blandt flere mål at ”folde” temaerne ud.

Vi tager i nærværende rapport således udgangspunkt i den kortlægning af sygefravær, som allerede eksisterer (fx Høgelund 2003; Labriola, 2006) og med afsæt i denne viden fokuserer vi specifikt på gruppen af sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser samt deres kontakt til sundhedssystemet og det sociale system.

Nærværende rapport omfatter følgende elementer:

1. En præsentation af de konkrete dataindsamlingsmetoder, vi har anvendt (kapitel 2).
2. En præsentation af sagsbehandlere på sygedagpengeområdet forståelser og karakteriseringer af gruppen af SDM med diffuse lidelser. Denne del af rapporten er udarbejdet på baggrund af en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse blandt sagsbehandlere i kommunernes sygedagpengeopfølgning (kapitel 3).

3. En analyse af hvordan sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser, alment praktiserende læger og sagsbehandlere forstår de problemkomplekser der kendetegner sygedagpengemodtagere med diffuse lidelsers situation. Et stort kvalitativt interviewmateriale er grundlaget for disse analyser. Interviewmaterialet består af interview med SDM, sagsbehandlere, alment praktiserende læger samt lægekonsulenter (kapitel 4). Der findes en oversigt over de deltagende sygedagpengemodtagere i bilag 16.
4. Best practice anbefalinger med henblik på nedbringelse af sygefraværet i udsatte brancher med særligt fokus på ledelses- og arbejdsmiljømæssige faktoreres betydning. Denne del af rapporten baseres på materiale fra fem casestudier i servicesektoren og social- og sundhedsområdet (kapitel 5).
5. En sammenlignende analyse af det lovmæssige grundlag for, samt udviklingen i, tildelingen af sygedagpenge i Danmark, Norge og Sverige. Materialet der ligger til grund for denne del af rapporten består af en række rapporter og lovtekster omhandlende sygefravær og sygedagpengelovgivning i Danmark, Norge og Sverige (kapitel 6).

Afrapportering

Undersøgelsens afrapportering er todelt. Den primære afrapportering baseres på det kvalitative interviewmateriale og udgives ved forlaget Samfundslitteratur og bærer titlen *Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser* og er forfattet af Nanna Mik-Meyer og Mette Brehm Johansen. Denne bog er målrettet studerende på en række social- og sundhedsfaglige studier, sagsbehandlere og læger, der i deres arbejde er i kontakt med personer med diffuse lidelser. Bogen er således rettet mod en bred gruppe af fagfolk fra det social- og sundhedsfaglige område, som har en interesse for problemstillingerne omkring syge borgere uden lægelige diagnoser. Nærværende rapport supplerer denne bogudgivelse idet den inkluderer elementer såsom arbejdspladsrelaterede problematikker og et sammenlignende blik på sygefravær og lovgivning på området i Danmark, Norge og Sverige. Nærværende rapport's kvalitative del findes dog i sin mest udfoldede form i den omtalte bog udgivet ved forlaget Samfundslitteratur.

Kapitel 2: Metodeafsnit

Fokus og målsætning

I de senere år har sygefraværet været stigende i Danmark, især er antallet af langvarige sygemeldinger steget markant. Denne udvikling har store omkostninger både samfundsøkonomisk og for den enkelte sygemeldte borger, og sygefravær er blevet et tema på den politiske dagsorden. Som følge heraf er der foretaget en række studier af årsager til og karakteren af denne udvikling. Nærværende undersøgelse tager afsæt i disse studier og analyser med den ambition at tilføje ny og mere kvalitativt orienteret viden på området. Viden der dels kan belyse gruppen af langtidssygemeldte sygedagpengemodtagere (fremover SDM), og dels belyse hvordan denne gruppe forstås og håndteres i sundhedssektoren og det sociale system. Målet med dette projektdesign er at generere et vidensgrundlag, der kan danne basis for en kvalificeret vurdering af tiltag, der vil kunne medvirke til en nedbringelse af sygefraværet herunder også at belyse relevante forudsætninger for god praksis i forhold til at skabe et arbejdsmiljø, der mindsker risikoen for sygefravær. Undersøgelsen fokuserer specifikt på offentligt ansatte SDM¹ med diffuse lidelser, da en stadig større gruppe borgere angiver psykiske belastningsfaktorer, smerter og andre udiagnosticerede begrænsninger som årsag, når de skal begrunde deres sygemelding.

På baggrund af det valgte fokus har vi sammensat en kombination af dataindsamlingsmetoder, der gør det metodisk muligt at kortlægge og opnå en indsigt i centrale aktørers forståelser af og praksis i forhold til sygdom, sundhed og arbejdsliv, når det drejer sig om diffuse lidelser. Methodedesignet består af en omfattende kvalitativ interviewundersøgelse med både individuelle og fokusgruppeinterviews. De kvalitative interviews suppleres med en spørgeskemaundersøgelse blandt sagsbehandlere i hele landet samt casestudier på fem offentlige arbejdspladser, der har haft fokus på, og succes med, at nedbringe sygefraværet gennem forskellige tiltag. De centrale aktører i undersøgelsesfeltet er:

- Langtidssygemeldte SDM med diffuse lidelser.
- Sagsbehandlere ansat i den kommunale sygedagpengeopfølgning.
- Alment praktiserende læger samt kommunalt ansatte lægekonsulenter.

¹ Langtidssygemelding forstås i denne rapport som sygefravær af mindst otte ugers varighed.

- Offentlige arbejdspladser med lavt sygefravær.

Spørgeskemaundersøgelse

Vi har udarbejdet et spørgeskema som henvender sig til teamledere eller sagsbehandlere på sygedagpengeområdet (se bilag 1). Spørgeskemaet blev sendt til samtlige 98 kommuner for at tilvejebringe den bredest mulige viden om sagsbehandlernes erfaring med og praksis vedrørende sygemeldte med diffuse lidelser. Den praktiske udførelse af spørgeskemaundersøgelsen samt dataanalysen af besvarelserne er foretaget af Rambøll Management i efteråret 2008. Spørgeskemaet er opdelt i tre afsnit med hver deres fokus²:

1. Karakteristika for SDM med diffuse lidelser.
2. Sagsbehandlernes samarbejde med praktiserende læger og lægekonsulenter i sager med SDM med diffuse lidelser.
3. Sagsbehandlernes vurdering af SDM tilknytning til arbejdsmarkedet.

Vi har stillet som krav til respondenterne, at de har minimum 20 aktive sygedagpengesager, da besvarelsen af skemaets spørgsmål fordrer en praksisnær viden om området. 69 spørgeskemaer er blevet besvaret, hvilket giver en svarprocent på 73% for undersøgelsen. Resultaterne af undersøgelsen præsenteres nærmere i kapitel 3.

Interviewundersøgelse

I forbindelse med planlægningen af interviewundersøgelsen har vi udvalgt 15 kommuner, tre kommuner i hver af landets fem regioner. Vores primære kriterium bag udvælgelsen af kommuner til undersøgelsen angik kommunestørrelse. Det var hensigten, udover geografisk spredning, at opnå en sammensætning af kommuner med en ligelig fordeling mellem mindre, mellemstore og store kommuner. Kommuner med under 30.000 indbyggere blev valgt fra, da vi ønsker at interviewe personer med stor erfaring med, og viden om, SDM med diffuse lidelser. På baggrund af disse kriterier udvalgte vi de kommuner, som listes i tabel 1.

² Spørgeskemaets spørgsmål og introduktionstekst er blevet justeret efter test med 3 sagsbehandlere.

Tabel 1: Antal indbyggere i deltagende kommuner

| Under 50.000 indbyggere | 50.000 -100.000 indbyggere | Over 100.000 indbyggere |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Brønderslev 35.525 | Holstebro 57.020 | Esbjerg 114.244 |
| Bornholm 42.817 | Frederikshavn 62.751 | Odense 186.932 |
| Hillerød 46.568 | Holbæk 69.010 | Aalborg 195.145 |
| Vordingborg 46.600 | Horsens 80.102 | Århus 298.538 |
| Lolland 48.219 | Kolding 87.781 | København 509.861 |

Brønderslev Kommune og Hillerød Kommune valgte ikke at deltage i undersøgelsen; mens der i Lolland Kommune kun er udført interviews med SDM. Derfor valgte vi tre supplerende kommuner: Helsingør (60.844), Hjørring (67.121) samt Slagelse (77.457). Dataindsamlingen tilrettelægdes således, at vi har interviewet både SDM, sagsbehandlere og læger i hver af de deltagende kommuner.

Interview med SDM

Vi har gennemført 42 interviews med SDM med diffuse lidelser. Kontakten til SDM er skabt gennem de deltagende kommuners team-, afsnits- eller afdelingsleder for sygedagpengeområdet. På baggrund af en kort præsentation af undersøgelsen pr. telefon blev der, til samtlige kommunale kontaktpersoner, fremsendt mails med en mere detaljeret præsentation af projektet, herunder de opstillede kriterier for sygemeldingsårsag og –varighed, branche- og ansættelsesforhold (se bilag 2) samt projektbeskrivelse og et brev stilet til potentielle interviewdeltagere (se bilag 3). De SDM, der har ønsket at deltage i undersøgelsen, har på baggrund af vores brev meldt positivt tilbage til deres sagsbehandler, som så efterfølgende har videregivet personens navn og kontaktoplysninger til os. Vi har derefter aftalt tid og sted for interviews direkte med den enkelte SDM. Interviewene har fundet sted i SDMs hjem, undtaget er seks interviews, der fandt sted andre steder, såsom det lokale jobcenter, da interviewpersonerne foretrak dette. Alle interviews er af cirka en times varighed.

Fokusgruppeinterview med sagsbehandlere

Vi har gennemført i alt 15 fokusgruppeinterview med sagsbehandlere ansat i den kommunale sygedagpengeopfølgning, hvilket svarer til et interview i hver af de udvalgte kommuner. I den indledende kontakt til jobcentrenes team-, afsnits- eller afdelingsledere præsenterede vi kontaktpersonerne for muligheden for, at de selv og/eller deres kolleger kunne deltage i fokusgruppeinterview. Som det fremgår af den fremsendte mail (se bilag 2) opfordrede vi lederne til at formidle kontakt til fire - fem sagsbehandlere, der ville deltage i et fokusgruppeinterview. I vores præsentation lagde vi vægt på, at det var sagsbehandlere, der har kontakt til gruppen af SDM med diffuse lidelser og behandler deres sygedagpengesager.

Fokusgruppeinterviewene blev gennemført efter at resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen forelå. Alle interview fandt sted på jobcentrene og er af cirka to timers varighed.

Interview med alment praktiserende læger samt lægefaglige konsulenter

Vi har lokaliseret og etableret kontakt til 38 lægehuse i 12 af de 15 udvalgte kommuner. På baggrund af en kort præsentation af undersøgelsen pr. telefon har vi fremsendt mails med projektbeskrivelse (se bilag 4). Vi har gennemført 11 interviews med alment praktiserende læger, heraf er tre enkeltinterviews, seks er dobbeltinterviews og endelig har to af interviewene tre eller flere deltagere. Otte af interviewene blev udført i lægernes praksis, to i private hjem og et på vores kontor efter lægernes eget ønske. De er hver af knap 1½ times varighed.

Vi har interviewet i alt fem lægefaglige konsulenter, en fra hver af følgende kommuner: Aalborg, Århus, Odense, Hillerød og København. Udvalget dækker samtidig alle fem regioner. Vi har etableret kontakt ved udsendelse af mails til de fem lægekonsulenter (se bilag 5). Af de fem interviews er et enkelt et dobbeltinterview, da en kollega til den kontaktede konsulent ønskede at deltage. Interviewene er hver af cirka en times varighed.

Interviewguides

Vi har udarbejdet fire interviewguides som benyttes ved interviews med følgende grupper af centrale aktører:

- SDM med diffuse lidelser (se bilag 6).
- Sagsbehandlere ansat i den kommunale sygedagpengeopfølgning (se bilag 7).
- Alment praktiserende læger (se bilag 8).

- Kommunalt ansatte lægekonsulenter (se bilag 9).

Interviewguiderne er overordnet inddelt i følgende fire temaer³: Den sygemeldtes sygdomsidentitet, relationer til andre centrale aktører (hhv. sagsbehandlere, læger og SDM), samarbejdet mellem sagsbehandlere og læger samt generelle forhold. Hvert tema har til formål at afdække forskellige aspekter af det at være sygemeldt, herunder en indkredsning af de sygemeldtes selvvalgte helbred i samspil med hvordan gruppen forstås og håndteres af henholdsvis kommunale sagsbehandlere, alment praktiserende læger samt lægefaglige konsulenter. De fire guides er desuden organiseret således, at det er muligt at afdække eventuelle konflikter eller overensstemmelser mellem de sygdomsopfattelser, som de centrale aktører har og de deraf følgende handlingsstrategier som aktørerne anlægger.

Casestudier

Den sidste komponent i undersøgelsesdesignet er fem casestudier på offentlige arbejdspladser med lavt sygefravær. Formålet med casestudierne er at sætte eksplicit fokus på god praksis i forhold til at skabe et arbejdsmiljø, der mindsker risikoen for sygefravær. Vi har haft kontakt til fem offentlige arbejdspladser i service- eller social- og sundhedssektoren, som har lavere sygefravær end man ville forvente, branche og jobtyper taget i betragtning. Det er alle arbejdspladser, hvor man systematisk har arbejdet med at nedbringe sygefraværet, og hvor man har opnået gode resultater gennem forskellige tiltag. De fem arbejdspladser er:

- Østerbycentret, Esbjerg Kommune.
- Hæmatologisk afdeling, Aalborg Sygehus.
- Hjemmeplejen i Brønshøj, Husum, Bellahøj og Vanløse.
- Gladsaxe kommunale rengøring.
- Børneinstitutionen Isbjørnen, integreret institution i Valby.

I udvælgelsen af casestudie-arbejdspladserne, har vi vægtet en række forhold. Det skal være en offentlig arbejdsplads inden for pleje- eller servicesektoren, som har over 15 medarbejdere ansat. Langtidssygemeldinger skal være en problemstilling, der har opmærksomhed på arbejdspladsen og

³ Alle fire interviewguides er pilottestet med godt resultat.

der skal foreligge statistik for tidligere niveau af samt fald i sygefravær på arbejdspladsen. Desuden skal ledelse og/eller medarbejdere være reflekterede omkring metoder/redskaber til at nedbringe (langtids-) sygefraværet, og eventuelle sygefraværs-projekter skal være relativt nyafsluttede. Vi har udført et todages casestudie på hver af de fem ovenfornævnte arbejdspladser, casematerialet udgøres af observationer samt interviews med udvalgte personer på arbejdspladsen.

Kapitel 3: Survey⁴

Dette kapitel redegør for resultaterne af den kvantitative del af undersøgelsen i form af den gennemførte spørgeskemaundersøgelse. Kapitlets formål er at give et kvantitativt og repræsentativt overblik over området. Vi udarbejdede et spørgeskema til besvarelse af teamledere eller sagsbehandlere på sygedagpengeområdet (se bilag 1). Spørgeskemaet er sendt til samtlige 94 jobcentre, for at tilvejebringe den bredest mulige viden om sagsbehandlernes og teamledernes erfaring med og praksis vedrørende borgere med diffuse lidelser. Den praktiske udførelse af spørgeskemaundersøgelsen er blevet varetaget af Rambøll Management.

Respondentgruppen

Spørgeskemaet blev sendt til samtlige 98 kommuner, det vil sige til de 94 jobcentre i Danmark, der arbejder med sygedagpengesager⁵. Ud af de 94 centre har repræsentanter fra de 69 besvaret skemaet, hvilket giver en svarprocent på 73%. Af disse 69 besvarelser har vi valgt at frasortere en enkelt besvarelse, fordi det af besvarelsen fremgik, at respondenterne havde misforstået undersøgelsens fokus. Størsteparten af respondenterne (63%) er sagsbehandlere på sygedagpengeområdet, mens en femtedel er teamledere på samme område. Den resterende gruppe, i alt 11 personer, er ansat som fx socialfaglig konsulent, faglig leder eller ”tovholder for sager ved anden aktør”, det vil sige alle arbejdsfunktioner, der relaterer sig direkte til sygedagpengeområdet. Regionsfordelt og set i forhold til antallet af kommuner i hver region ligger svarprocenterne højest i regionerne Syddanmark, Midtjylland og Sjælland (hhv. 84%, 81% og 76%), mens Region Nordjylland og Hovedstaden har svarprocenter på hhv. 70% og 50%. Vi stillede som krav til respondenterne, at de skulle have over 20 aktive sygedagpengesager, da besvarelsen af skemaets spørgsmål forudsætter en praksisnær viden på området. Dette krav blev til fulde opfyldt, idet 68% af respondenterne har 40 aktive sygedagpengesager eller derover. Hovedvægten af respondenterne har

⁴ Det skal bemærkes, at sagsbehandlerne i deres surveybesvarelser ikke kun beskriver sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser, som er sygemeldt fra den offentlige sektor, besvarelserne omhandler hele gruppen af sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser.

⁵ Der er 91 jobcentre i Danmark, idet de syv mindste kommuner (herunder øer) er gået sammen med større kommuner. Det drejer sig om: Esbjerg og Fanø; Frederikshavn og Læsø; Svendborg, Langeland og Ærø; Tårnby og Dragør; Ishøj og Vallensbæk samt Århus og Samsø. Århus og København står registreret med hver 4 adskilte jobcentre, og dermed bliver det til 89 + 4 + 4, det vil sige 97 jobcentre. I forhold til sygedagpengesager har man i Københavns Kommune valgt at samle hele sygedagpengeområdet på ét center, hvor man *kun arbejder med sygedagpengesager*, så af de 4 jobcentre i København, er det derfor kun et center, der er relevant i denne sammenhæng. Således er der 94 jobcentre med sygedagpengeopfølgning.

mellem 40 og 60 sager, mens cirka en femtedel af respondenterne svarer, at de har over 100 sager i deres sagsstammer. At en femtedel har over 100 sager kan dog også skyldes, at en femtedel af respondenterne er teamledere som typisk vil sidde med ansvaret for mange sager, dog uden at stå for den konkrete sagsopfølgning.

Spørgeskemaet var delt op i tre afsnit med følgende overskrifter:

1. SDM med diffuse lidelser
2. Samarbejde med praktiserende læger og lægekonsulenter
3. Tilknytning til arbejdsmarkedet

I det følgende gennemgås og analyseres undersøgelsens resultater afsnit for afsnit. Hovedvægten i det første afsnit vil ligge på temaerne omkring diagnosefordelingen og nylige ændringer i diagnosebilledet for gruppen af langtidssygemeldte SDM med diffuse lidelser; mens fokus i det afsluttende afsnit er sagsbehandlernes vurdering af de sygemeldtes arbejdsevne.

SDM med diffuse lidelser

Der findes ikke tal for den statistiske sammensætning af gruppen af langtidssygemeldte med diffuse lidelser, idet det ikke er oplysninger som registreres lokalt eller centralt i Danmark. Spørgeskemaet indeholder derfor en række spørgsmål omkring gruppens sammensætning; i nogle af spørgsmålene bad vi respondenterne angive procentsatser som svar. De procentsatser, som respondenterne har angivet, er således skønsmæssige vurderinger; dvs. baseret på den enkelte sagsbehandlers eller teamleders personlige skøn, der tager udgangspunkt i vedkommendes erfaring med sygedagpengesager vedrørende personer med diffuse lidelser.

Ud fra svarene om undersøgelsesgruppens karakteristika såsom alder, køn mv. træder en relativt homogen gruppe frem. Den fremstår som udgjort af tre fjerdedele kvinder og en fjerdedel mænd jævnt fordelt i alderen fra 30 til 60 år, dog med en lille overvægt i gruppen mellem 40 og 49 år. De fleste af disse, fortrinsvis kvinder, anføres at være ufaglærte eller at have en kort uddannelse (57%), mens omkring en femtedel antages at have en mellemlang videregående uddannelse. De resterende grupper antages at være faglærte (14%) eller havende en længere videregående uddannelse (7%). Respondenterne anslår desuden, at der er lidt flere, der er sygemeldt fra en offentlig end fra en privat arbejdsplads, og de vurderer at langt størsteparten er etniske danskere (71%). Fordelingen

mellem etniske danskere og personer med anden etnisk baggrund end dansk varierer dog geografisk. Respondenter fra de større byer samt en række københavnske omegnskommuner, fortrinsvis på Vestegnen, rapporterer om en højere andel af sygemeldte med anden etnisk baggrund.

Udviklingen i sygemeldinger og diagnoser

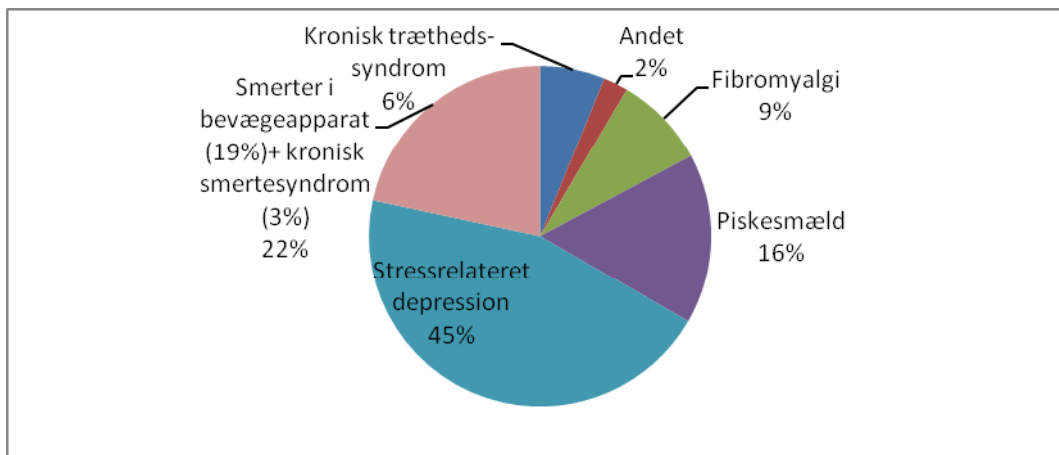
Ifølge respondenterne er der sket en markant stigning i antallet af sygemeldinger på grund af diffuse lidelser. I over 80% af besvarelserne anføres det, at der er sket en stigning, enkelte mener, at antallet er uændret, mens *ingen* rapporterer, at de har oplevet et fald. Sygemeldte med diffuse lidelser antages i gennemsnit at udgøre omkring en tredjedel af respondenternes samlede sagsmængde.

Ud over gruppens relative størrelse, spurgte vi til forekomsten og fordelingen af en række diagnoser. Formålet var at generere et overbliksbillede af hvilke diagnoser, der p.t. er de hyppigst forekommende i Danmark. Spørgsmålet angående den procentmæssige fordeling mellem forskellige diagnoser var formuleret som et delvist åbent spørgsmål, således at respondenterne havde mulighed for at tilføje lidelser, som ikke var nævnt i spørgeskemaet. I alt 96% har besvaret spørgsmålet.

Femten har tilføjet andre lidelser end de fem udspecificerede i spørgsmålet (som er fibromyalgi, piskesmæld, stressrelateret depression, kronisk smertesyndrom og kronisk træthedssyndrom). Ud af disse 15 anfører fem respondenter ”smerter i bevægeapparatet”, som en hyppigt forekommende sygemeldingsårsag. Ud fra de efterfølgende fokusgruppeinterviews med sagsbehandlerne blev det tydeligt, at langt de fleste opererer med kategorien ”smerter i bevægeapparatet”, når de beskriver gruppen af SDM med diffuse lidelser. Vi antager, at kronisk smertesyndrom og smerter i bevægeapparatet dækker over samme type problemstillinger og vi har derfor slået de to kategorier sammen i figur 1⁶:

Figur 1: Diagnosefordeling

⁶ Kategorien ’andet’ samler lidelser som PTSD, OCD, svimmelhed, operationskomplikationer og udmattelsessyndrom.



Som det fremgår af figur 1 er stressrelateret depression den lidelse, som omfatter flest (45%). Smertelidelser og piskesmæld udgør henholdsvis 22% og 16%. Sammenholdes hyppigheden af de enkelte lidelser med sagsbehandlerens skøn af ændringer i diagnosefordelingen inden for de sidste fem år, er det igen stressrelateret depression og smerterelaterede tilstande, der tegner sig for de største ændringer. Udviklingen i diagnoseforekomster ses i tabel 2:

Tabel 2: Sagsbehandlerens vurderinger af ændringer i forekomsten af diffuse lidelser inden for de sidste 5 år

| | Fald | Uændret | Lille stigning | Middel stigning | Fordobling eller mere | Ved ikke |
|-----------------------------------|-------|---------|----------------|-----------------|-----------------------|----------|
| Fibromyalgi | 62,2% | 14,5% | 5,8% | 7,2% | 0% | 7,2% |
| Piskesmæld | 30,4% | 24,6% | 20,3% | 11,6% | 5,8% | 7,2% |
| Stressrelateret depression | 0% | 0% | 5,8% | 18,8% | 71,0% | 4,3% |
| Kronisk smertesyndrom | 7,2% | 17,4% | 14,5% | 37,7% | 13,0% | 10,1% |
| Kronisk træthedssyndrom | 21,7% | 21,7% | 14,5% | 20,3% | 5,8% | 15,9% |
| Diffuse smerter i bevægeapparatet | 0% | 20% | 40% | 20% | 0% | 20% |
| Andre lidelser ⁷ : | 0% | 9% | 36% | 36% | 18% | 0% |

Knap trefjerdedel, 71%, svarer at der har været en fordobling eller mere af antallet af sygemeldte med stressrelateret depression. Desuden angiver respondenterne, at der generelt er flere borgere med lidelser, der er smertebetingede, idet knap 38% af respondenterne rapporterer om en middel stigning i hyppigheden af forekomst af kroniske smertepatienter, mens 60% angiver at der er sket en

⁷ 'Andre lidelser' dækker diagnoser som PTSD, OCD, svimmelhed, operationskomplikationer og udmattelsessyndrom.

lille eller middel stigning i hyppigheden af ”diffuse smerter i bevægeapparatet”⁸. Af fald i forekomsten af lidelser er faldet for fibromyalgi mest fremtrædende. To tredjedele af respondenterne vurderer at fibromyalgi forekommer sjældnere end for 5 år siden. Overordnet kan man således konkludere, at beskrivelsen af SDM med diffuse lidelser er foranderlig og at hyppigheden af en bestemt lidelse kan falde eller stige betydeligt over en kort årrække.

På spørgsmålet: ”Er det din erfaring, at de hyppigst forekommende diffuse lidelser overvejende er psykisk; psykisk og fysisk eller fysisk betinget?” angiver 43% af respondenterne, at diffuse lidelser er psykisk betinget, mens 42% angiver at de er psykisk og fysisk betinget. De resterende 15% af respondenterne svarer, at diffuse lidelser i deres erfaring er fysisk betinget. Således svarer 85% af respondenterne, at diffuse lidelser i deres erfaring er helt eller delvist psykisk betinget.

Diffuse lidelser kobles ofte til stress. Lidt under halvdelen af respondenterne (28) svarer således at diffuse lidelser skyldes stress. I 12 af besvarelsene forbindes stress med depression, som det kommer til udtryk i dette svar fra en sagsbehandler: ”Jeg kan ofte have en antagelse om at stress og depression hænger sammen. Ligeledes kan stress medvirke til, at de fysiske smerter opleves værre - at smertetilstanden takles dårligere end ved ikke stressramte”. Femten respondenter svarer i et åbent spørgsmål, at der er en gensidig påvirkning mellem stress og smerter. En respondent skriver for eksempel:

”Jeg har en antagelse om, at mange diffuse lidelser tager sin begyndelse i stresslignende tilstande, ondt i livet. Man spænder, starter med smerter i nakke, skuldre - det bliver ikke behandlet. Muskelsmerterne/spændingerne spreder sig til flere og flere muskler og ender med forskellige diagnoser”.

I fem besvarelser forekommer ordene ”stress”, ”depression” og ”smerter” mere eller mindre som synonymer, som når en respondent skriver: ”det er vel ikke helt klart, hvad der kommer først: rygmerter eksempelvis eller depressionen over at have rygmerter eller lign. For meget arbejde/utilstrækkelighedsfølelsen giver også stress”.

⁸ Det er vigtigt at understrege at tallene afspejler en vurderet ændring i diagnoseforekomsten og ikke det faktiske antal. Tallene afspejler således kun en vurdering af ændringer i hyppigheden inden for den enkelte diagnose.

Samarbejdet med de alment praktiserende læger

Størstedelen af respondenterne, 85%, angiver, at de kontakter den sygemeldtes alment praktiserende læge i langt over halvdelen af sagerne, når det drejer sig om sygemeldte med diffuse lidelser. Godt trefjerdedele heraf (78%) beskriver, at samarbejdet med de alment praktiserende læger fungerer enten godt eller meget godt. Respondenterne anfører en række forskellige årsager til deres tilfredshed med samarbejdet med de alment praktiserende læger. Overordnet fremhæves dialog og gensidigt samarbejde som et vigtigt forhold. Lidt over 10% af respondenterne fremhæver derudover fordelene ved forskellige former for institutionaliseret samarbejde med de alment praktiserende læger, fx i form af kontaktudvalg eller samarbejds møder. Sådanne foranstaltninger nævnes som positive, i nogle tilfælde afgørende, i forhold til at forbedre samarbejdet.

God dialog til lægerne indebærer i 20 besvarelser, at begge parter supplerer hinanden dels med forskellige former for oplysninger og viden, dels med deres respektive fagligheder. En teamleder skriver eksempelvis:

”De [lægerne] har en subjektiv indfaldsvinkel og kender ofte til deres patienters reaktionsmønster, som er nogle vigtige faktorer i sagsbehandlingen. Der er behov for en helhedsvurdering og egen læge kan ofte bidrage med deres faglige antagelser. Dette har betydning for borgerens retssikkerhed med lægens inddragelse ved behov”.

En anden begrundet årsagen til det gode samarbejde således: ”Fordi vi begge er åben over for hinandens faglige kompetencer”.

Dialog indebærer for halvdelen af respondenterne at den praktiske kontakt, skriftlig i form af attester og udtalelser, eller mundtlig som telefonkontakt eller rundbordssamtaler forløber godt. I 15 besvarelser fremhæver respondenterne, at mundtlig - frem for skriftlig - kommunikation ”fungerer bedst”, på grund af ”tidspres både hos læger og sagsbehandlere”, ligesom det er muligt at stille ”uddybende spørgsmål” og få forklaret de mere lægefaglige aspekter. En sagsbehandler skriver: ”Vi får nogle fine erklæringer, og kan altid kontakte lægerne telefonisk for uddybende spørgsmål”, mens en anden begrundet tilfredsheden med samarbejdet således: ”Fordi jeg får de oplysninger jeg har brug for og får dem til tiden”.

Overordnet set er gruppen af besvarelser, der udtrykker utilfredshed med samarbejdet med de alment praktiserende læger relativt lille, idet den udgør 16%. Det mest fremtrædende tema i denne gruppe er, at de alment praktiserende læger ofte optræder som den sygemeldtes advokat og dermed ikke nødvendigvis giver en objektiv vurdering af den sygemeldtes tilstand og arbejdsevne. Én skriver for eksempel: ”Ofte fungerer læger mere som advokater end lægefaglige”, en anden skriver:

”De [lægerne] er ofte ikke objektive. De arbejder ikke imod fastholdelse af den enkelte på arbejdsmarkedet. Det er som om, det er det letteste at medgive den enkelte at han/hun ingen arbejdsevne har og derfor skal have en førtidspension”.

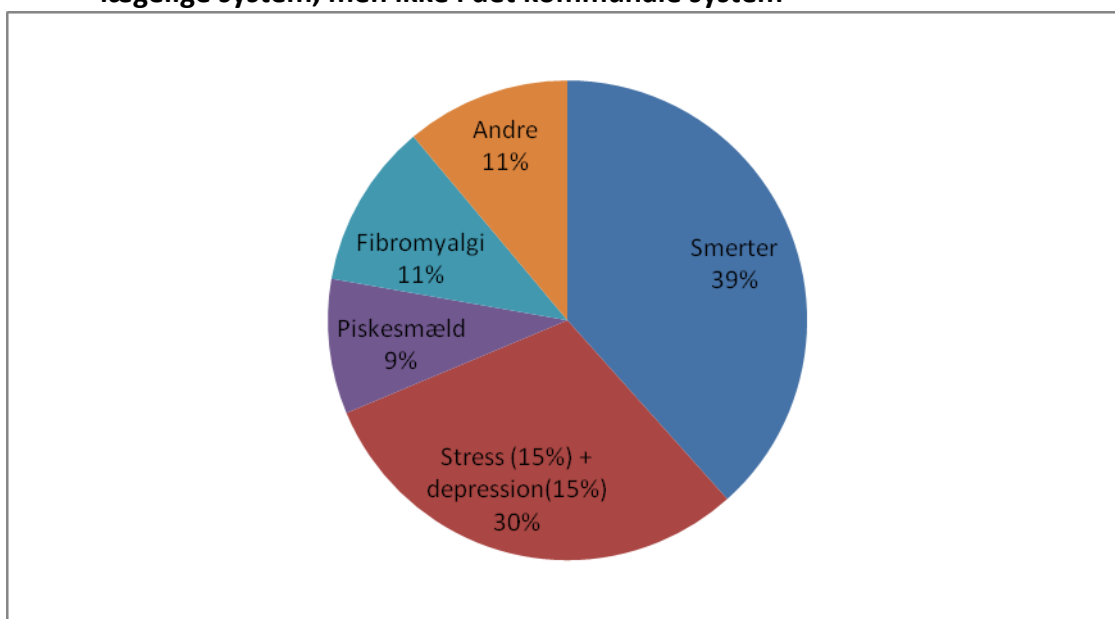
Denne manglende objektivitet, ser syv respondenter som forårsaget af en modsætning mellem målsætninger for arbejdet og forskellig faglighed, for eksempel skriver en respondent: ”Vi har meget forskellig faglighed og det opleves indimellem som svært at få den praktiserende læge til at indgå i et samarbejde, som også skal være meget arbejdsmarkedsrettet”. En anden udtrykker sin frustration således:

”Det mest frustrerende er, at lægerne er hurtige til at stille diagnosen depression/stress og de sygemelder pågældende i tre måneder og når de tre måneder er gået sygemeldes pågældende endnu længere. De anerkender stress som en sygdom, selvom der er lavet undersøgelser, der viser at der ikke er tale om en sygdom. Pågældende bliver sygeliggjort i stedet for at blive stillet til ansvar, at komme tilbage på arbejdsmarkedet og lære at leve med sine problemer”.

I relation til samarbejdet med de alment praktiserende læger, svarer lidt under halvdelen af sagsbehandlerne (47%), at de oplever, at der er lidelser, som anerkendes af de alment praktiserende læger, men som ikke anerkendes i det kommunale system. Godt to tredjedele (66%) heraf svarer dog, at det forekommer i under 25% af det samlede antal sager med diffuse lidelser. Den relativt lave procentsats til trods har vi valgt at inddrage problematikken, da interviewene med sagsbehandlerne vidner om, at denne fortolkningsdiskrepans i de respektive systemer giver anledning til problemer. Dette kommer til udtryk i form af vanskelige sagsforløb, der trækker i langdrag og derfor kommer til at fylde uforholdsmæssigt meget set i forhold til det faktiske antal. Alle 32 respondenter, som oplever denne diskrepans, har givet eksempler på hvilke lidelser, det drejer sig om og de kan samles i følgende kategorier: ”smerter”, ”stress-lidelser”, ”depression”,

”piskesmæld”, ”fibromyalgi” og ”andre”⁹. Kategorierne ”stress” og ”depression” er i figuren nedenfor sammenlagt, idet vi i de efterfølgende interviews med sagsbehandlere erfarede, at disse kategorier typisk ikke betydningsmæssigt kan adskilles entydigt.

Figur 2: Andel af sagsbehandlere, der oplever at pågældende lidelse anerkendes i det lægelige system, men ikke i det kommunale system



Som i sagsbehandlernes beskrivelse af de hyppigste diagnoser samt ændringer af disse er det igen smerte-, stress- og depressionsrelaterede lidelser, der træder frem.

⁹ Herunder udbrændthed, mave-tarmproblemer, dårligt arbejdsmiljø og kronisk træthedssyndrom.

Det fremgår af respondenternes svar at denne diskrepans giver anledning til samarbejdsvanskeligheder eller ligefrem konflikter med den sygemeldte borger. Flere nævner sygeliggørelse som et væsentligt problem, ligesom mange skriver, at det medfører, at den sygemeldte kommer med forventninger, som ikke kan indfries, eksempelvis i form af ønske om fleksjob eller førtidspension. En respondent skriver:

”Det kan betyde, at lægen kommer til at give udtryk for, at borgeren er berettiget til forskellige ydelser, som pågældende ikke opfylder betingelserne for i henhold til lovgivningen. Det kan også medføre, at borgeren føler, at sagsbehandler ikke tror på, at de har de gener, som de oplyser om”.

En anden sætter fokus på den samme problematik, men fra en anden vinkel med følgende kommentar: ”Det kan gøre samarbejdet med borgeren meget svært, da jeg, som sagsbehandler, kommer til at fremstå som den "onde"”. Flere af respondenterne beskriver desuden, at sagerne ofte trækker i langdrag og bliver meget vanskelige at afslutte, hvis der ikke er overensstemmelse mellem vurderingen i det kommunale system og lægens vurdering af den sygemeldtes situation, fx illustreret i følgende kommentar: ”Vi har sværere ved at få stoppet sagerne og raskmeldt borgerne, hvis lægerne fastholder sygemelding. Desuden har lægerne en tendens til at sygemelde folk, der ikke skal komme i klemme i systemet”.

Temaet om samarbejde med de alment praktiserende læger blev afsluttet med et åbent spørgsmål, hvor vi spurgte til hvilke tiltag, der vil kunne forbedre dette samarbejde. Alle 68 respondenter har svaret på spørgsmålet. Lidt under halvdelen (41%) anfører at mere og bedre dialog vil forbedre samarbejdet. Et undertema, som nævnes af 13 respondenter, er kommentarer eller konkrete forslag til at forbedre mulighederne for at komme i kontakt med lægerne, en sagsbehandler skriver fx: ”Bedre mulighed for drøftelser med lægen og ikke kun skriftlig status. Oftest er det kun muligt at kontakte lægen mellem 8-9 om morgenen, hvor det er svært at komme igennem, da telefonen er meget optaget”, mens en anden foreslår: ”Et mail system så der kunne korresponderes direkte med praksislæge”.

En tredjedel (34%) fremhæver, at anerkendelse af og respekt for sagsbehandlerne og lægernes forskellige fagligheder og kompetencer er vigtig, hvis samarbejdet skal fungere. En respondent skriver for eksempel: ”Løbende dialog og gensidig orientering om hinandens arbejdsområder,

således at der skabes en forståelse herfor”. Otte respondenter peger på en udbygning og evt. systematisering af samarbejdet mellem de alment praktiserende læger og kommunens lægekonsulenter vil kunne befordre en sådan anerkendelse; ligesom lægekonsulenterne i fem besvarelser fremhæves som et vigtigt forbindelsesled i kommunikationen med de alment praktiserende læger. En respondent skriver for eksempel: ”Samarbejdet mellem læger og kommune kunne desuden forbedres fx ved at den lægefaglige konsulent tog kontakt til den alment praktiserende læge ved uoverensstemmelser”. Desuden anføres rundbordssamtaler af otte respondenter, som en mulig forbedring af samarbejdet.

Samarbejde med lægefaglige konsulenter

Alle 68 respondenter svarer, at der er ansat lægefaglige konsulenter i deres kommune, og at de hyppigt kontakter dem i forbindelse med sygedagpengesager med sygemeldinger på grund af diffuse lidelser. Størsteparten af respondenterne (70%) oplyser, at de kontakter den kommunale lægekonsulent i så godt som alle sager. Generelt er der en meget stor tilfredshed med samarbejdet mellem sagsbehandlere og lægekonsulenter, i hele 97% af besvarelserne vurderes det, at samarbejdet fungerer ”godt” eller ”meget godt”, mens blot 3% mener, at det fungerer ”dårligt”.

Halvdelen af respondenterne anfører dialog, faglig sparring og indsigt i sygedagpengelovgivningen, som afgørende for det gode samarbejde. Respondenterne trækker især dialog, lægefaglig dygtighed og sparring frem som betydningsfulde for det gode samarbejde. Derudover fremhæver 19 respondenter, at lægekonsulenterne er nemme at få fat i og lave aftaler med, hvilket giver mulighed for en løbende drøftelse af de enkelte sager. At lægekonsulenterne er tilgængelige skal dels forstås helt praktisk, som når en sagsbehandler beskriver: ”De er mine kolleger og de sidder lige ved siden af, så der er nem adgang til sparring”, og dels mere metaforisk i den forstand, at: ”De taler rent ud af posen om, hvad de tror det handler om, men også hvor lille sandsynligheden er for bedring inden for de nuværende behandlingsmuligheder”, som en anden formulerer det.

I sager med diffuse lidelser kan det være vanskeligt at afgøre, om der er tale om en egentlig somatisk lidelse eller en mere diffus psykosocial problemstilling – eller begge dele. En sådan vurdering kan være vigtig for sagsbehandlerne for at kunne komme videre med sagen, eksempelvis siger en respondent: ”Lægekonsulenten hjælper til at få et overblik over om lidelsen er reel eller diffus; og sikrer oplysning og præcisering af skånehensyn, prognose, behandlingsmuligheder m.v.”.

To andre respondenter kommenterer på dette tema således: ”Lægekonsulenten er god til at komme med forslag til det videre arbejde fx. hvilke attester eller undersøgelser, der er relevante at indhente”, og: ”De vurderer sagerne, så der kan arbejdes videre”. Seks respondenter fremhæver endvidere lægekonsulenterne som ”objektive” eller ”uvildige”. En teamleder skriver: ”De lægefaglige konsulenter er ikke personens egen læge og er derfor mere neutrale i vurderingen”.

Endelig nævner halvdelen af respondenterne, at de og lægekonsulenterne byder ind med hver deres faglighed, men arbejder sammen hen mod et fælles mål. Syv respondenter påpeger desuden, at tæt dialog og gensidig sparring er meget vigtigt, da sagerne ofte er komplekse. En respondent skriver:

”Vi mødes [med lægekonsulenten] til sagsdrøftelse ugentlig, hvor den sygemeldtes situation drøftes med respekt både for det socialfaglige og lægefaglige aspekt. En anden fordel ved samarbejdet er at lægekonsulenterne kan se sagen fra en anden vinkel og det er oftest værdifuldt når vi arbejder med diffuse lidelser”.

I forhold til forbedringer af den nuværende praksis anfører fem respondenter et ønske om, at lægekonsulenterne i højere grad inddrages i sagerne, og meget gerne ved, at de er til stede ved eksempelvis rundbordssamtaler; mens seks respondenter ønsker, at lægekonsulenterne mere aktivt går ind som kontaktperson og brobygger i forholdet til de alment praktiserende læger.

SDM tilknytning til arbejdsmarkedet

Størstedelen af respondenterne (59%) skønner, at halvdelen eller derunder af SDM med diffuse lidelser vil kunne påtage sig et ordinært, ustøttet arbejde inden for et år. Ud over at spørge til de sygemeldtes eventuelle arbejdsevne bad vi respondenterne udpege og vægte barrierer for, at SDM kan komme i ordinært, ustøttet arbejde. Fordelingen ses i tabel 3.

| Tabel 3: Barriere for at SDM kan komme i arbejde | Uvæsentlig | Væsentlig el meget væsentlig |
|--|-------------------|---|
| På arbejdspladsen (fx pga. øget arbejdspress, dårligt arbejdsmiljø, etc.) | 3 % | 90 % |
| I den kommunale sagsbehandling (fx pga. lang sagsbehandlingstid, stort arbejdspress, etc.) | 22 % | 70 % |
| I den medicinske problemstilling (fx pga. sygdommens symptomer, manglende behandlingsmulighed, etc.) | 1 % | 93 % |

Som det fremgår af tabel 3 vurderer sagsbehandlerne, at der findes flere væsentlige barrierer for de sygemeldtes tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Spørgsmålet angående barrierer var formuleret som et delvist åbent spørgsmål, så respondenterne havde mulighed for at tilføje barrierer, der ikke var nævnt i spørgsmålet. En tredjedel, dvs. 23 respondenter, har tilføjet andre barrierer end de tre anførte. Ud af disse 23 anfører ti respondenter ”den pågældendes psyke”, ”personens egen indstilling” eller lignende som en væsentlig barriere for at den sygemeldte kan påtage sig et arbejde. Ni respondenter anfører ”andre aktører” som en væsentlig barriere, der besværliggør de sygemeldtes tilbagevenden til arbejdsmarkedet; som eksempler på andre aktører nævnes bl.a. fagforeninger, advokater, patientforeninger, (special)læger og a-kasser.

På spørgsmålet: ”Er der nogen diffuse lidelser, der ifølge dine erfaringer er uforenelige med at varetage et arbejde?” svarer størstedelen af respondenterne (42%) ”nej”, mens en tredjedel, 21 respondenter, svarede ”ja”. Lidt over en fjerdedel (28%) besvarer spørgsmålet med ”ved ikke”. Alle 21 respondenter, der har svaret, at visse diffuse lidelser er uforenelige med at varetage et arbejde, har angivet eksempler på sådanne lidelser. Tolv ud af de 21 svarer ”smerter” i en eller anden form (stressrelaterede, kroniske, diffuse, mv.). En sagsbehandler anfører fx følgende lidelser: ”Fx fibromyalgi og piskesmæld, da smerterne varierer, så i hvert fald arbejde på ordinære vilkår er vanskeligt”.

Den sygemeldtes psyke og (manglende) håndtering af sin egen situation fremhæver respondenterne som en barriere. Der er således otte respondenter, der anfører denne tematik som årsag til at diffuse lidelser kan forhindre den sygemeldte i at arbejde. En respondent skriver: ”Jeg kan ikke pege på eksakte lidelser, men man er nødt til at medregne den enkeltes egne ressourcer og evne til at mestre problemer, idet disse forhold spiller ind i lige så høj grad som den specifikke lidelse”. Et undertema, der nævnes af tre respondenter, er den sygemeldtes eventuelle ønske om at opnå en form for varig ydelse typisk i form af fleksjob eller pension. En sagsbehandler skriver: ”Fibromyalgi har man jo i Ankestyrelsen anerkendt som pensionsgivende lidelse (...) ofte ønsker personer med fibromyalgi pension og er meget vanskelige at vende igen”.

Opsummering

Generelt set beskriver respondenterne gruppen af SDM med diffuse lidelser som udgjort af midaldrende kvinder med kort eller ingen uddannelse. Gruppen anses som værende vokset i løbet af de seneste fem år, idet over 80 % af respondenterne angiver en stigning i antallet af sygemeldinger på baggrund af diffuse lidelser, mens *ingen* rapporterer, at de har oplevet et fald. På nuværende tidspunkt udgør SDM med diffuse lidelser ifølge respondenternes vurdering ca. en tredjedel af den samlede sagsmængde.

Respondenterne angiver ligeledes at der er sket væsentlige ændringer i den samlede diagnosefordeling i løbet af de seneste fem år. Overordnet er det sygemeldinger på grund af smerte-, stress- og depressionsrelaterede lidelser, der er steget mest. Disse lidelser udgør knap halvdelen (45%) af alle sygemeldinger, mens ca. hver femte sygemelding skyldes smerter. I samme periode er sygemeldinger på grund af især fibromyalgi faldet. Besvarelserne giver ikke belæg for at hævde at fald og stigninger i hyppigheden af de enkelte lidelser er en direkte effekt af hinanden, men derimod at hyppigheden af en bestemt lidelse kan falde eller stige betydeligt over en relativt kort årrække.

Ud over at tegne sig for den mest markante stigning i hyppighed er stress-, depressions- og smertelidelser desuden de oftest anførte årsager til uoverensstemmelser mellem sagsbehandlere og læger. Generelt anfører respondenterne, at de har et velfungerende og relativt omfattende samarbejde med de alment praktiserende læger, men i enkelte tilfælde opstår der uoverensstemmelser mellem sagsbehandlernes socialfaglige og lægernes sundhedsfaglige vurderinger af den sygemeldtes situation. Disse forskelle i fortolkning omhandler i over to tredjedel af tilfældene smerte-, stress- eller depressionsrelaterede tilstande og bidrager til, at sagerne ofte trækker i langdrag og bliver meget vanskelige at afslutte.

Mere generelt udtrykker langt størsteparten af respondenterne en gennemgående tilfredshed med samarbejdet med dels de alment praktiserende læger (78%) og dels de kommunalt ansatte lægekonsulenter (97%). Sammenholdes respondenternes svar på de åbne spørgsmål vedrørende samarbejde, kan det overordnet konkluderes, at et målrette samarbejde baseret på tæt dialog og gensidig sparring vurderes som meget vigtigt, idet sagerne ofte er komplekse og kræver en vurdering af en række parallelle somatiske og psykosociale problemstillinger. Sagsbehandlingen baseres således i større eller mindre grad på den lægelige vurdering, da den sygemeldtes helbredsmæssige situation skal være afklaret, for at de kan iværksætte diverse socialfaglige tiltag.

Begge fagligheders bidrag til sagsarbejdet er således nødvendig for at afklare den sygemeldtes samlede situation. Respondenterne fremhæver især lægekonsulenterne som konstruktive samarbejdspartnere i denne sammenhæng.

Lidt over halvdelen af respondenterne (59%) skønner, at kun en relativt lille gruppe af SDM med diffuse lidelser vil kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet, idet de mener der findes en række barrierer for en sådan tilbagevenden. En nemmere tilbagevenden kræver derfor i deres opfattelse en målrettet og differentieret indsats på en række områder. Disse indsatsområder er relateret dels til den sygemeldtes arbejdsplads, den specifikke medicinske problemstilling og den kommunale sagsbehandling.

Kapitel 4. Kvantitativ analyse af kvalitativt interviewmateriale¹⁰

Indledende bemærkninger

Eftersom nærværende undersøgelse er baseret på et stort kvalitativt interviewmateriale, har vi valgt også at kvantificere de enkelte informantgruppers svar på interviewspørgsmålene. Formålet er at give et kvantitativt overblik over svarene, som kommer til at danne afsæt for det videre arbejde med de kvalitative analyser. Teksten er struktureret efter interviewgrupper og under hver enkelt interviewgruppe efter interviewguidens temaer. Det er vigtigt at være opmærksom på, at teksten er baseret på et transskriberet interviewmateriale, hvor der er anvendt *åbne* spørgsmål uden foruddefinerede svarkategorier.

Sygedagpengemodtagere

Sygdomsidentitet

Med udgangspunkt i de sygemeldtes egne beskrivelser, ser fordelingen af deres lidelser ud som vist i tabel 4:

Tabel 4

| Hvad fejler du? | Antal | Procent |
|---|-------|---------|
| Depression | 15 | 24 |
| Stress | 14 | 22 |
| - Herunder depression og stress sammen | 4 | 10 |
| Arbejdsrelateret udbrændthed | 1 | 2 |
| Smerter i bevægeapparatet ¹¹ | 20 | 49 |
| Andet ¹² | 11 | 25 |

Det ses af tabel 4, at smerter i bevægeapparatet er den hyppigst nævnte lidelse. Derefter følger stress og depression. Der fortælles om at nå til et punkt, hvor man ikke kan ”klare mere” og må sygemelde sig. I forhold til smerter i bevægeapparatet fortælles der om at man: ”Holdes vågen både

¹⁰ Det skal bemærkes at de sagsbehandlere og læger, der har deltaget i undersøgelsens interviews, ikke udtaler sig specifikt om sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser som er sygemeldt fra den offentlige sektor, men om gruppen af sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser generelt.

¹¹ Her er medregnet fibromyalgi, diffuse smerter, gigt og piskesmæld.

¹² Herunder ses bl.a. sukkersyge, D-vitaminmangel, diskusprolaps, mavesår og infektionssygdomme.

nat og dag, har svært ved at røre sig”, som en SDM udtrykker det. Halvdelen beskriver mindre gennemgribende smerter, altså smerter der udelukkende stammer fra eksempelvis knæ, ryg eller arme, men fælles for SDM med smerter i bevægeapparatet er, at de er begrænset i fysisk udfoldelse og typisk beskriver, at de har søvnproblemer på grund af smerterne.

Varighed og forløb

Varigheden af interviewpersonernes aktuelle sygdomsmeldinger fordeler sig således¹³:

Tabel 5

| Varighed (måneder) | Antal | Procent |
|----------------------------|-------|---------|
| 0-2 | 3 | 7 |
| 2-4 | 8 | 20 |
| 4-6 | 6 | 15 |
| 6-8 | 3 | 7 |
| 8-10 | 1 | 2 |
| 10-12 | 3 | 7 |
| 12+ | 15 | 37 |
| Deltidssygemeldt fra start | 1 | 2 |
| Uoplyst | 1 | 2 |
| Total | 41 | 99 |

Det ses af tabel 5, at det er sygdomsmeldinger på 2-6 mdr. samt 12+ mdr., der dominerer billedet. Godt en tredjedel har været sygemeldt imellem 2 og 6 måneder og godt en tredjedel i mere end 12 måneder (disse personer må være forlænget efter forlængelsesreglerne i sygedagpengelovgivningen § 27-29, lov om sygedagpenge). Af de 41 interviewpersoner havde 20 (49%) et eller flere kortere sygdomsmeldingsforløb forud for den aktuelle langvarige sygdomsmelding.

En tredjedel (37%) af SDM har et længere og kompliceret forløb bag sig; dette er typisk sygemeldte med smerter i bevægeapparatet, som har mange speciallægehenvísninger, og hvor det er kompliceret at få personen udredt. En anden tredjedel (37%) af sagerne har et relativt ukompliceret forløb bag sig, dette er typisk for sygemeldte med stress, depression og arbejdsrelateret udbrændthed. Den sidste tredjedel er personer, der har et langvarigt forløb (>4 mdr.) med få kontakter til sundhedssystem/sagsbehandler (12%), et kort men kompliceret forløb (7%) eller kort forløb (< 4 mdr.) med få kontakter til sundhedssystem/sagsbehandler (7%).

¹³ Man skal her være opmærksom på, at SDM enten er sygemeldte eller i langsom tilbagevenden til arbejde, så det er *igangværende* sygdomsmeldinger tallene beskriver, ikke afsluttede forløb.

Symptomer og konsekvenser

Når SDM blev spurgt om, hvordan de ville beskrive deres lidelse, så svarede de som regel med en beskrivelse af deres symptomer. I tabel 6 findes de hyppigst nævnte symptomer:

Tabel 6

| Symptom | Antal | Procent |
|-----------------------------------|-------|---------|
| Smerter | 25 | 61 |
| Koncentrations-/hukommelsesbesvær | 23 | 56 |
| Træthed | 22 | 54 |
| Sover dårligt | 20 | 49 |
| Psykisk ustabil/ked af det | 11 | 27 |
| Manglende overskud/ligealdighed | 10 | 24 |
| Forvirring | 8 | 20 |
| Svimmelhed | 7 | 17 |
| Uro/angst | 6 | 15 |
| Besvær i sociale sammenhænge | 5 | 12 |
| Lys-/lydintolerance | 4 | 10 |
| Hjertebanken | 3 | 7 |

Det er smerter, træthed, søvnbesvær samt koncentrations- og hukommelsesbesvær, som over halvdelen af SDM nævner, når de beskriver deres lidelse. Henholdsvis at være ked af det/psykisk ustabil eller at opleve ligealdighedsfølelse/mangle overskud svarer omkring hver fjerde interviewperson. Majken beskriver mange af disse symptomer: ”Altså, jeg var simpelthen ustabil psykisk. Jeg var slidt, træt, super glemsom. Kunne simpelthen ikke huske fra næse til mund”. For andre er det smerterne, der fylder mest, som Ellen her beskriver: ”Jamen, så plejer jeg gerne at sige influenza, for alle folk ved hvordan det er at gå rundt med influenza i kroppen, altså, det er sådan det er”.

De to spørgsmål: ”Hvad betyder det for din situation, at du er sygemeldt med en lidelse som ikke umiddelbart kan diagnosticeres?”, og: ”Hvad vil det sige at have denne lidelse?”, er i forhold til svarene koblet sammen, idet det er samme type svar, der bliver givet på de to spørgsmål, nemlig svar der beskriver de personlige og sociale konsekvenser af at være langtidssygemeldt med en diffus/ikke umiddelbart behandlingsmulig lidelse.

Tabel 7

| Konsekvens | Antal | Procent |
|--|-------|---------|
| Nedsat livskvalitet/begrænsninger for dagligliv | 22 | 54 |
| Usikkerhed/frygt for fremtid | 13 | 32 |
| Manglende bevis/ikke at blive troet på | 8 | 20 |
| Savner/frygter tab af tilknytning til arbejdsmarkedet/kolleger | 8 | 20 |
| Svært at acceptere sygdom/begrænsninger/manglende kontrol | 8 | 20 |
| Mindre selvværd/"andenrangsborger" | 7 | 17 |
| Økonomisk usikkerhed | 5 | 12 |
| Er ikke den samme person som før | 4 | 10 |
| Afhængighed af andre | 3 | 7 |
| Familien er bekymret | 2 | 5 |
| Pres fra det sociale system/arbejdsgiver | 2 | 5 |
| Andre har berøringsangst overfor sygdommen | 1 | 2 |

Tallene i tabel 7 viser, at interviewpersonerne deler en del erfaringer mht. at være sygemeldt med en diffus lidelse/en lidelse, der ikke umiddelbart kan behandles. Her er det værd at bemærke, at det er beskrivelser interviewpersonerne selv og uafhængigt af hinanden har beskrevet.

Den oftest nævnte konsekvens af at være syg, som lidt over halvdelen nævner, er, at sygdommen har forårsaget begrænsninger for deres dagligliv og medført en nedsat livskvalitet. Anne beskriver sin situation således:

”Jamen, det forringer jo hele min tilværelse. Fra at være en aktiv pige, både med det ene og det andet [kort grin] inden for alt, så er mit liv gået i stå. Jeg føler jeg er tilskuer til hele livet, jeg sidder bare og kigger, hvor alting passerer forbi, hvor jeg førhen var med til at deltage i det hele. Det er faktisk sådan mit liv ser ud i dag”.

Denne oplevelse af begrænsninger og nedsat livskvalitet er det mest dominerende tema i svarene på de to ovenfor nævnte spørgsmål i interviewene. De områder der nævnes i denne forbindelse er typisk praktisk husligt arbejde, fx rengøring, madlavning og havearbejde samt den sygemeldtes sociale liv i familien.

Et andet vigtigt tema i svarene er, at sygemeldingen har forårsaget en uvished i forhold til deres situation og fremtid, hvilket gælder for en tredjedel af SDM. Mia fortæller fx at: ”Det er da smadder

frustrerende, [grådkvalt stemme] det er ikke kun frustrerende, det er nedslidende fordi, hvad er min fremtid?”. Det, ikke at vide hvor man står og hvordan ens fremtid kommer til at forme sig, vedrører også SDM økonomiske situation. Mange omtaler den økonomiske usikkerhed under den mere uformelle samtale, der typisk finder sted efter selve interviewoptagelsens afslutning. Tolv procent nævner specifikt økonomisk usikkerhed, men tallet skal ses i lyset af, at nogle SDM endnu er i relativt korte forløb og stadig får løn fra deres arbejdsgiver.

Hver femte svarer på spørgsmålene om konsekvenserne af at mangle en præcis diagnose, at de bliver ”mistænkeliggjort”. Pernille fortæller: ”Det at blive mistænkeliggjort. Fra mange sider føler man at folk kigger på én og tænker: ’Nå, nå, kan det nu også være så galt?’”. Det skal nævnes, at bekymringen ikke altid bunder i en konkret oplevelse af at blive mistænkeliggjort, men at det i lige så høj grad hænger sammen med, hvad den sygemeldte tror, andre tænker. De tre hyppigste lidelser (smerter i bevægeapparatet, stress og depression) er lidelser, hvor man ikke kan se, hvor stærke smerter en person har eller hvor nedtrykt, træt eller plaget personen er. Diagnosen bliver det eftertragtede redskab til blandt andet at stille et bevis for, at lidelsen er reel, at man rent faktisk har så ondt, at man ikke kan arbejde.

Endelig nævner hver femte også en arbejdsrelateret konsekvens i deres beskrivelser af, hvad det vil sige at være sygemeldt. Birgitte siger: ”Der er rigtig meget socialt i at have et arbejde, og det mangler jeg”. Personerne udtrykker enten, som Birgitte, et decideret afsavn eller en frygt for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet, eller udtrykker at selve arbejdsfunktionen/arbejdsidentiteten eller relationen til kolleger er i fare.

SDM relation til arbejdsmarkedet

Arbejdshindring

Når SDM blev spurgt om, hvordan deres lidelse forhindrede dem i at arbejde, fordelte svarene sig som vist i tabel 8.

Tabel 8

| Årsag ¹⁴ | Antal | Procent |
|--|-------|---------|
| Smerter | 19 | 46 |
| Træthed/kan ingenting/udmattethed | 17 | 41 |
| Faglig udbrændthed | 5 | 12 |
| Koncentrations- hukommelsesbesvær | 4 | 10 |
| Depression | 3 | 7 |
| Kan arbejde, men i et andet job | 4 | 10 |
| Er tilbage på langsom opstart/deltidssygemelding | 4 | 10 |
| Andet | 7 | 17 |

Tallene viser, at det er ”smerter” og ”træthed”, der er de to vigtigste hindringer for at arbejde. En gennemgribende træthed og et ekstra behov for hvile beskrives både af sygemeldte med smerter i bevægeapparatet og med stress og/eller depression. Smerter som hovedårsag til hvorfor de ikke kan arbejde, nævnes typisk af sygemeldte med smerter i bevægeapparatet. Mia fortæller: ”Smerterne bliver jo så voldsomme, at jeg ikke kan holde det ud (...) Der går ikke ret lang tid før så siger leddene fra. Og jo mere jeg ignorerer det, jo værre bliver det bare”. Der nævnes forskellige grader af smerte, for nogle er det isoleret til en arm eller et knæ, mens andre har mere gennemgribende smerter i led og muskler. Fælles for dem er, at det er smerterne der forhindrer dem i at arbejde.

Kontakt til arbejdsplads

Når SDM spørges til deres kontakt til deres arbejdspladser, fortæller to tredjedele, at de har haft telefonisk kontakt til deres leder i sygdomsforløbet, og knap halvdelen har været til samtale på arbejdspladsen. Oplevelsen af kontakten til lederen, i møder eller telefonisk, varierer meget blandt SDM, nogle er positive, mens andre er negative. Marian siger:

”Der var et tidspunkt, hvor jeg bare havde det ubehageligt, fordi jeg skulle ned og forklare hele tiden, efter jeg havde været hos lægen, hvad det var og hvornår jeg skal begynde på arbejde”.

Lottes oplevelse er derimod en anden: ”Der har været en god kontakt og faste aftaler om, hvornår gør vi så hvad igen”. Den sygemeldtes vurdering af kontakten afhænger af forskellige faktorer, eksempelvis den forudgående relation til ledelsen på arbejdspladsen. I forhold til relationen til kolleger under sygemeldingen har knap en tredjedel af de sygemeldte deltaget i faglige eller sociale

¹⁴ Der forekommer flere svar pr. sygedagpengemodtager, hvilket medfører, at antallet af årsager er mere end 41.

arrangementer på arbejdspladsen i løbet af sygemeldingen, mens en tredjedel fortæller, at de har haft telefonisk kontakt til deres kolleger. Endelig har hver femte haft personligt besøg i eget hjem af kolleger¹⁵ i løbet af sygemeldingen.

Når vi fokuserer på omfanget af kontakten, fordeler svarene i interviewmaterialet sig således:

Tabel 9

| Karakter af kontakt | Antal | Procent |
|---|-------|---------|
| Jævnt og tæt gennem forløbet | 12 | 29 |
| Kun umiddelbart efter sygemelding/kun det officielt krævede | 11 | 27 |
| Usystematisk | 9 | 22 |
| Nærmest ingen | 4 | 10 |
| Andet ¹⁶ | 5 | 12 |
| I alt | 41 | 100 |

Godt en tredjedel af de sygemeldte har næsten ingen kontakt haft eller kun umiddelbart efter sygemelding/kun det officielt krævede. En tredjedel beskriver en tæt og jævn relation til arbejdspladsen, mens hver femte har haft en mere usystematisk kontakt. Halvdelen fortæller, at det i overvejende grad er arbejdspladsen, der tager initiativ til kontakten. I hver femte forløb (22%) er der en ligelig fordeling af initiativet mellem arbejdsplads og den sygemeldte, mens det i knap hver femte forløb (17%) er den sygemeldte, der har taget initiativet til at kontakte arbejdspladsen. Denne variation kan skyldes, at nogle arbejdspladser har officielle retningslinjer i forhold til sygefravær, således at der eksempelvis er faste tidspunkter de sygemeldte indkaldes til samtale på, hvorimod andre arbejdspladser ikke har formelle procedurer. En del af de sygemeldte fortæller, at de ikke har kunnet overskue at kontakte arbejdspladsen på grund af deres lidelses karakter eller på grund af en dårlig relation til ledelsen. Inger og Viggas fortæller fx: ”Interviewer: Har du ringet til arbejdspladsen? Inger: Nej, det jeg ikke kunnet overskue, jeg har simpelthen ikke kunnet... nej”, mens Viggas siger: ”Nej, hvis jeg havde taget kontakt til dem, har det næsten været sådan, at jeg skulle ryge ti smøger for at ringe til dem, og så havde hun ikke tid, og så skulle hun til møde. Jeg føler at hun er bedøvende ligeglad”. Hvor Ingers manglende initiativ skyldes hendes lidelse, er det for Viggas en dårlig relation til ledelsen på arbejdspladsen, der forhindrer hende i at kontakte arbejdspladsen.

¹⁵ I få tilfælde også af lederen.

¹⁶ Denne kategori indeholder forløb, hvor den sygemeldte var under uddannelse, sygemeldte, der har været deltidssygemeldt under hele deres sygemelding samt ikke beskrevne forløb.

Arbejdspladsrelaterede medvirkende forhold til sygemelding

De sygemeldte blev under interviewene spurgt, om der havde været forhold på deres arbejdsplads, som havde medvirket til deres sygemelding. Svarene er listet i tabel 10:

Tabel 10

| Årsag | Antal | Procent |
|---|-------|---------|
| Arbejdspres | 12 | 30 |
| Dårlig ledelse | 9 | 22 |
| Fysisk belastende arbejde | 8 | 20 |
| Ingen medvirkende forhold | 7 | 17 |
| Fysisk arbejdsmiljø | 5 | 12 |
| Psykisk arbejdsmiljø | 4 | 10 |
| Omstruktureringer og medfølgende arbejdsforhold ¹⁷ | 4 | 10 |
| Psykisk belastende arbejde | 3 | 7 |
| Kollegiale problemer | 3 | 7 |

Det ses af tabel 10 at arbejdspress er det forhold på arbejdspladsen, som SDM hyppigst nævner. Else fortæller: ”Vi skal præstere, yde mere end der er menneskeligt muligt. Alt for meget arbejde, alt for meget, synes jeg. Du er nødt til at hoppe over, hvor gærdet det lavest. Og det kan godt gå i en periode, men pludselig så går den altså ikke længere”. Elses beskrivelse indeholder det element, at et øget arbejdspress kan tåles for en tid, men pludselig kan man ikke mere, hvilket mange SDM beretter om. Dårlig ledelse er også et forhold som nævnes af en femtedel af SDM. Disse årsager vil formodentlig ofte være relaterede: for stort arbejdspress kan ofte tilskrives dårlig ledelse. Hver femte angiver det faktum, at deres arbejde grundlæggende er fysisk belastende, når de fortæller om medvirkende årsager til deres sygemelding. Disse fortællinger stammer typisk fra rengøringspersonale og social- og sundhedshjælpere som Birgitte, der her svarer på, om der er forhold på arbejdspladsen, som har medvirket til hendes sygemelding:

”Forholdene på et plejehjem (...) de er jo dårlige, rigtig hamrende dårlige og tunge. Der var de hjælpemidler vi skulle bruge, men man skal hele tiden alligevel gøre tunge løft, det er man jo nødt til. For eksempel at få en bluse af en som måske er lam og stiv i den ene side, du er simpelthen nødt til at bruge alle de kræfter du har (...) Og en lift til at hjælpe dem i seng, det der segl som de skal op og hænge i, det skal jo også om bagved ryggen, så man skal have beboeren frem inden du kan få seglet ned, og selvom I er to, så er det altså tunge løft hele tiden”.

¹⁷ Samt andre strukturelle forhold såsom organisering af arbejdsgrupper.

Endelig svarer knap hver femte, at der ikke var forhold på arbejdspladsen, der var medvirkende til deres sygemeldinger.

På det relaterede spørgsmål, om arbejdspladsen kunne have gjort noget for at forhindre eller forkorte den sygemeldtes sygemelding, svarer to ud af fem ”nej”. De, der mener, at arbejdspladsen kunne have spillet en større rolle, nævner: tættere opfølgning/bedre kontakt under sygemelding, at der var blevet lyttet til medarbejderens forsøg på at sige fra/ikke presset yderligere samt bedre ledelse. Birgit beskriver hvordan hendes sygemelding kunne have været undgået, hvis hendes leder havde lyttet:

”Ved at jeg havde haft en leder, som havde hørt på de ting, jeg havde sagt. Når jeg ligefrem kommer og lægger kortene på bordet og siger til hende, nu skal du høre her Susanne, jeg er faktisk bange for, at jeg begynder at få nogle af de her stresssymptomer igen, jeg begynder at sove dårligt, jeg kan mærke at der er ting, der begynder at gå i kage, og jeg har en alt for stor arbejdsmængde. Jeg har brug for noget supervision, jeg har brug for, at vi laver nogle samarbejds møder. Ti forslag (...) Ti forslag! Jeg havde endda skrevet dem ned og foræret hende dem. Og der sker ingenting”.

Kun få sygemeldte beskriver så tydeligt som Birgit, at de har forsøgt at sige fra. Andre fortæller om en knap så konfronterende stil og atter andre fortæller om en forventning om, at lederen kan se, hvor stresset pågældende er eller kender pågældendes livsomstændigheder.

SDM relation til egen læge

Tilfredshed

Gennemgående er SDM tilfredse med deres alment praktiserende læge. Toogtyve (56%) SDM giver udtryk, for at de er tilfredse med deres læge, mens 12 (31%) er delvist tilfredse, som Birgitte, der siger:

”Han har altid været meget sød og har sagt: ’Jamen, jeg vil gerne sygemelde dig’, ja, tak, det er glimrende [latter]. Ja, nej jeg ved ikke rigtig om han egentlig har spillet nogen rolle, andet end at sidde og smile og være lidt sød at se på”.

Fem sygemeldte er utilfredse med deres læge, og det skyldes som oftest enten, at de ikke oplever, at deres læge tager dem alvorligt, eller at lægen ikke vil give dem de henvisninger, som de selv mener er relevante eller nødvendige. Fx forklarer Anne om forholdet til sin læge:

”Jeg bad om en scanning igen, men fik at vide af min læge, at hvis alting kunne kureres af en scanning, så var der jo ikke nogen grund til at gå til læge, for så kunne man jo bare sende folk til en scanning hver gang. Det kunne jeg jo ikke bruge til noget”.

To af de interviewede SDM har på baggrund af utilfredshed med deres læge valgt at skifte læge, tre andre har overvejet det, men ikke gjort det, da det enten ikke kunne lade sig gøre eller fordi de vurderede at de negative konsekvenser af et lægeskift ville være større end de positive.

Kontakt

På det næste spørgsmål om, hvor ofte de sygemeldte har haft kontakt til deres læge, fordeler svarene sig således:

Tabel 11¹⁸

| Antal konsultationer | Antal personer | Procent |
|----------------------|----------------|---------|
| 1-3 | 6 | 16 |
| 4-6 | 12 | 32 |
| 7-9 | 9 | 24 |
| 10 eller derover | 11 | 29 |

Tabel 11 viser, at en relativt stor gruppe sygemeldte har meget hyppig kontakt til deres læge.

Christine fortæller: ”Rigtig meget (griner kort), jeg har været rigtig meget til læge, altså det er sådan når jeg ringer derned: ’Nå, hej Christine’. Det er næsten sådan, at han kan mit cpr-nummer i hovedet, jeg har været der rigtig meget”. Andre har få kontakter, hvilket blandt andet kan skyldes, at den sygemeldte har eller har haft en tæt kontakt til speciallæger og/eller hospitaler, men uden at det er foregået gennem egen læge. Heidi siger fx: ”Da jeg var indlagt, så var der jo ingen kontakt overhovedet, der var nogen andre der tog over”. Mette har en lignende erfaring: ”Men problemet er, at mange af de ting jeg er til, det er ikke nogle ting min egen læge har visiteret mig til, det er andre speciallæger, der har visiteret mig videre”.

¹⁸ Generelt skal man være opmærksom på, at de sygemeldte med få kontakter til deres alment praktiserende læge har for over halvdelen vedkommende været sygemeldt i relativt kort tid, dvs. to til tre måneder, hvilket kan forklare de relativt få kontakter.

Opfattelse af lidelse

Størsteparten af de sygemeldte (72%) er enige med deres læge om, hvad de fejler. For ca. en tredjedels vedkommende er det lægen, der har stillet diagnosen. Lidt over en fjerdedel svarer, at deres læge ikke ved, hvad de fejler. Anne fortæller: ”Nej, ikke andet end lægen siger bare, at han kan se, at der er noget grueligt galt. Han kan bare ikke sige, hvad det er”. Kun en enkelt af de sygemeldte giver udtryk for, at hun er uenig med sin læge om, hvad hun fejler.

Hjælp og tilfredshed

På temaets sidste spørgsmål om hvorvidt den sygemeldtes læge har kunnet hjælpe vedkommende videre, svarer over tre fjerdedele (79%) af de sygemeldte, at deres læge har kunnet hjælpe dem på en række forskellige måder. Svarene fordeler sig på følgende måde:

Tablet 12

| Hjælp ¹⁹ | Procent |
|---------------------------|---------|
| Med henvisninger | 53 |
| Generelt støttende | 53 |
| Med sygemelding | 50 |
| Med medicin | 47 |
| Med samtaleterapi | 29 |
| Med papirer til jobcenter | 18 |

De sygemeldtes egen læge kan ifølge SDM ofte ikke give en præcis diagnose, derfor bliver det i flere af forløbene andre kompetencer og kvaliteter end de klassiske lægefaglige kompetencer, der bliver fremhævet af de sygemeldte. Hvis lægen er forstående og imødekommende, har denne i SDMs forståelse kunnet hjælpe vedkommende videre, også selvom der reelt sjældent er sket en egentlig progression eller bedring i dennes tilstand. Men de sygemeldte selv ved som oftest godt, at de ikke kan diagnosticeres eller få det bedre og ’bærer over’ med lægen i den henseende, her illustreret ved Karins svar på om hendes læge har kunnet hjælpe hende: ”Hun har været god at snakke med. [Latter] men rent sygdomæssigt, altså rent whiplash og rent fysisk, kan hun ikke. For der er ikke nogen genveje”. Elke har en lignende opfattelse: ”Vi har snakket meget om det og hvordan livet jo går videre, og du skal leve med det, og at man må acceptere det. Jeg synes virkelig han har hjulpet meget, han har været en stor hjælp”. For de få SDM som er direkte utilfredse med

¹⁹ Omkring en femtedel af de sygemeldte (21%) siger, at de er tilfredse med den hjælp og vejledning de har fået af deres alment praktiserende læge, men ifølge deres egen vurdering af deres situation, kan de ikke hjælpes.

deres læge, grunder utilfredsheden typisk i, hvad de beskriver som lægens mistroiske, ligegyldige eller opgivende attitude. Mette forklarer:

”Jeg føler ikke hun har sat sig nok ind i situationen. Fordi selvfølgelig er det rigtigt, at muskulaturen skal styrkes, men hvis det er direkte slid, så er der jo ikke noget at gøre, og sådan var det jo i mit tilfælde. Så der mener jeg næsten, hun har fejlvurderet situationen, og det har hun også omkring min smertemedicin”.

SDM relation til sagsbehandler

Kontaktkarakteristika

Det første spørgsmål om dette tema omhandler, hvor mange samtaler SDM har haft med sagsbehandlere på jobcenteret de sidste seks måneder²⁰:

Tabel 13

| Antal kontakter | Antal | Procent |
|-----------------|-------|---------|
| 1 | 4 | 10 |
| 2-3 | 21 | 53 |
| 4-6 | 6 | 15 |
| 6-9 | 5 | 13 |
| ≥ 10 | 4 | 10 |

Som det ses af tabel 13, har godt halvdelen af de sygemeldte haft mellem en og tre samtaler med en sagsbehandler i løbet af de sidste seks måneder. Størsteparten af disse samtaler er telefoniske, mens personlige møder er mindre hyppige, fx siger Lilian: ”Jeg har været der 2-3 gange tror jeg i løbet af det her års tid. Men så har vi snakket en del i telefon og skrevet sammen på mail”. Hver femte af de interviewede har på interviewtidspunktet endnu ikke været indkaldt til samtale på jobcenteret og har dermed ikke mødt deres sagsbehandler personligt²¹. Samlet set er hver tredje SDM i den situation, at de ikke har mødt deres nuværende sagsbehandler, og lidt under halvdelen (44%) har mødt deres sagsbehandler en enkelt gang. En tredjedel har mødtes med sagsbehandleren to eller tre gange. Det at skifte sagsbehandler giver anledning til en del frustration, for eksempel siger Elke, i forbindelse med at hun skal skifte visitationskategori: ”Men hun [sagsbehandleren] afgiver mig jo nu, når jeg

²⁰ Man skal her være opmærksom på, at en fjerdedel af interviewpersonerne har været sygemeldt under seks måneder på interviewtidspunktet.

²¹ Lidt under halvdelen af de sygemeldte (47%) har haft mere end én sagsbehandler i løbet af deres sygemelding, så selvom de har været indkaldt til første opfølgningssamtale på jobcenteret, er det ikke sikkert, at de har mødt deres nuværende sagsbehandler.

kommer i den næste kasse, fordi så har hun jo ikke noget med mig at gøre, men så får vi en ny mand igen - eller en dame”.

En femtedel af de sygemeldte klager over langsommelighed i systemet. Det stresser dem, hvis de enten ikke hører noget fra jobcenteret eller hvis tingene går meget langsomt. Flere vælger at handle selv, som Jette, der siger: ”Men jeg har ikke fået hjælp i de otte måneder. Jeg har ikke været i arbejdsprøvning, der er intet, der har været iværksat, intet. Ikke andet end det jeg selv har formået”.

Der er i alt 11 sygemeldte (28%) der siger, at de selv har været opsøgende gennem deres sagsforløb ved fx at indhente oplysninger om prøvesvar, rykke for undersøgelser, undersøge omskolingsmuligheder samt uopfordret har videregivet alle nye oplysninger omkring udviklingen i deres sagsforløb eller udredning til sagsbehandleren. Fire SDM siger, at det har fremskyndet og/eller lettet deres sag. I nogle tilfælde er den sygemeldtes aktive rolle en aftale mellem den sygemeldte og sagsbehandleren, så sagsbehandlingen mere får form af et samarbejde. Christine forklarer: ”Jeg har aftalt med min sagsbehandler, at så snart jeg ved noget, så snart jeg har en tid, så ringer jeg, så hun ved hvornår jeg skal af sted, så hun også kan planlægge lidt efter det”.

Sagsbehandlerens rolle

De sygemeldte blev under interviewene spurgt, hvilken rolle deres sagsbehandler havde spillet i forløbet. Svarene fordeler sig således:

Tabel 14

| Sagsbehandlerens rolle | Antal | Procent |
|--|-------|---------|
| Imødekommende og forstående | 17 | 43 |
| Kontrol, med fokus på lovgivning | 15 | 38 |
| Har ikke været i forløb/minimum af kontakt | 7 | 18 |

Som det ses i tabel 14, udtaler lidt over en tredjedel, at sagsbehandlerens primære rolle har været at administrere lovgivningen, herunder at kontrollere, at den sygemeldte opfylder de juridiske krav og overholder diverse tidsfrister. Eksempelvis siger Heidi: ”De har hele tiden skullet følge op på, hvor jeg er henne i det, og er jeg nu også syg. De har været kontrollerende i jobcentret”. Lidt flere (43%) fortæller, at de har oplevet, at deres sagsbehandler har været imødekommende og forstående i forhold til deres situation. De har fået forskellige tilbud, og de føler, at der er blevet taget hånd om deres sag. De resterende syv personer udtaler, at de endnu ikke er startet op i et egentligt opfølgingsforløb, fordi de kun har været sygemeldt kort tid, dvs. officielt i maksimum to måneder,

eller at de kun har haft en enkelt eller ingen kontakt med jobcenteret og derfor mener de ikke, at deres sagsbehandler har spillet nogen rolle i deres forløb. Overordnet er der ganske få SDM, der udtrykker direkte utilfredshed med deres sagsbehandler, jf. tabel 15.

Tabel 15

| Vurdering af sagsbehandler | Antal | Procent |
|----------------------------|-------|---------|
| Hverken-eller/både-og | 24 | 60 |
| Tilfreds | 12 | 30 |
| Utilfreds | 4 | 10 |

Den store gruppe af interviewede, der svarer, at de hverken er tilfredse eller utilfredse, eller både er tilfredse og utilfredse, kan forklares ved at det er det gennemgående element i interviewene, at SDM er glade for deres sagsbehandler, men utilfredse med de strukturelle rammer, eksempelvis siger Karin: ”Hun er rigtig, rigtig sød, og hun er på ingen måde pressende, hun presser mig ikke på nogen måde. Det er paragrafferne, der stresser mig”. Lidt under en fjerdedel udtrykker utilfredshed med deres sagsbehandler. Utilfredsheden drejer sig for tre ud af de fire personer om, at deres sagsbehandler enten ikke anerkender eller er skeptisk i forhold til den diagnose, som SDM har. Jacobine, der er sygemeldt med depression, siger: ”De mener jo stadigvæk sikkert et eller andet sted, at jeg ikke fejler noget”. Sofie forklarer: ”Min sagsbehandler siger jo, at der ikke er noget der hedder stress (...) Det hedder depression udløst af stress, eller noget i den stil. Det kan i hvert fald ikke stå alene”. Knap halvdelen (43%) giver dog udtryk for, at deres sagsbehandler er enige i den diagnose, som SDM har fået. En lidt større gruppe (46%) svarer, at de ikke har diskuteret emnet, eller at der slet ikke forligger nogen diagnose, enten fordi den sygemeldte er under udredning eller ikke kan diagnosticeres. Diagnose er sjældent et diskussionsemne mellem parterne, fx svarer Ellen, som har diagnosen fibromyalgi, på spørgsmålet om hvad hendes sagsbehandler mener hun fejler: ”Det har hun ikke udtalt sig om, slet ikke, hun kender sygdommen, men hun har ikke udtalt sig om det. Det tror jeg heller ikke, hun skal”. Grethe, som endnu ikke har nogen præcis diagnose, siger: ”Hun kan jo ikke sige andet end det, jeg har sagt til hende. Jeg har jo fuldmagt, eller de kan jo hente alle de oplysninger, de vil, jeg har jo sagt hvilke afdelinger, hun skal hente sagsakter i”.

På temaets sidste spørgsmål om, hvorvidt den sygemeldte mener, at sagsbehandleren har kunnet hjælpe denne videre i forløbet, svarer en tredjedel ”ja” (33%), mens to tredjedele svarer ”nej” (67%). Der er ikke nødvendigvis en sammenhæng mellem, om de sygemeldte er tilfredse med deres sagsbehandler og om de mener, at de er blevet hjulpet videre. Omkring en fjerdedel af

interviewpersonerne giver udtryk for, at deres sagsbehandler har været venlig og god at snakke med, men at de skal følge lovgivningen, som ofte i praksis betyder, at den sygemeldte oplever, at de ikke kan hjælpe dem videre. Ellen siger: ”Hun var jo så gavmild, rigtig sød, det er jo svært fordi, hun har jo nogle love og regler og retningslinjer og sådan nogle ting, hun skal rette sig efter”. Udtalelser som denne kan forklare forskellen i tallene mellem den andel, der angiver at de er helt eller delvist tilfredse med deres sagsbehandler (90%) og at der kun er ca. en tredjedel, som siger, at deres sagsbehandler har kunnet hjælpe dem videre. De 13 sygemeldte der svarer, at deres sagsbehandler har kunnet hjælpe dem videre, giver følgende svar på hvad de konkret er blevet hjulpet med:

Tabel 16

| Ja, sagsbehandler har hjulpet | Antal | Procent |
|-------------------------------|-------|---------|
| Har været generelt støttende | 10 | 77 |
| Med tilbud, fx motion | 7 | 54 |
| Med afklaring | 6 | 46 |
| Med rådgivning | 3 | 23 |

Peter siger eksempelvis: ”Jeg synes, at min sagsbehandler, hun har været god til at støtte. Det er måske det med, at når man går hjemme så længe, så skal man nok have et spark i røven på et eller andet tidspunkt”.

Sagsbehandlere

Sagsbehandlingens vurdering af gruppen af SDM med diffuse lidelser

Karakteristika og lidelser

Sagsbehandlingens vurdering af aldersfordelingen af SDM med diffuse lidelser ses i tabel 17:

Tabel 17

| Alder | Antal |
|------------|-------|
| 20-30 år | 19 |
| 30-40 år | 23 |
| 40-50 år | 24 |
| Over 50 år | 7 |

Hovedparten af de sygemeldte antages at være mellem 30-50 år. Omkring en tredjedel af de interviewede siger, at de inden for de sidste par år har oplevet, at gennemsnitsalderen er faldet, idet de nu i højere grad end tidligere møder yngre kvinder i 20'erne og 30'erne. Den

uddannelsesmæssige baggrund for SDM skønnes af sagsbehandlerne at være ufaglært (35%) eller kort uddannelse (35%). Nogle sagsbehandlere nævner desuden mellemlange uddannelser (25%) og endelig vurderer en lille gruppe (4%), at diffuse lidelser også findes hos personer med længerevarende uddannelser.

Tabel 18 viser hvilke arbejdsområder, sagsbehandlerne mener at SDM kommer fra.

Tabel 18

| Jobtyper | Nævnt af antal sagsbehandlere |
|--|-------------------------------|
| Social- og sundhedshjælper/assistenter | 17 |
| Pædagoger | 14 |
| Folkeskolelærere | 12 |
| Kontorpersonale | 10 |
| Sygeplejersker | 10 |
| Ufaglærte, fx fabriksarbejdere | 8 |
| Landmænd | 8 |
| Rengøringsassistenter | 6 |
| Gartneriansatte | 4 |
| Havnearbejdere | 4 |
| Butiksansatte | 4 |

To tredjedel af sagsbehandlerne (64%) svarer, at gruppen af sygemeldte med diffuse lidelser hovedsageligt udgøres af etniske danskere, men en tredjedel (36%) svarer, at de vurderer, at en betydelig andel af gruppen udgøres af personer med anden etnisk baggrund end dansk. Tretten interviewpersoner fremhæver bosniske flygtninge, der typisk sygemeldes med PTSD.

På spørgsmålet om hvilken lidelse de sygemeldte kommer med fordeler svarene sig som vist i tabel 19.

Tabel 19

| Lidelser | Nævnt af antal sagsbehandlere |
|----------------------|-------------------------------|
| Stress | 44 |
| Depression | 44 |
| Smerter | 31 |
| Piskesmæld | 27 |
| Fibromyalgi | 9 |
| Belastningstilstande | 7 |
| Slidgigt | 3 |
| Udbrændthed | 2 |
| Misbrug | 1 |

Som det ses af tabel 19 er smerter, stress og depression de hyppigst anførte sygemeldingsårsager. Kategorien 'smerter' samler flere forskellige former for smerte, fx hovedpine, ledsmerter og diffuse

smerter. I to tredjedele af disse besvarelser definerer sagsbehandlerne smerter, som smerter i ryg, nakke, skuldre og arme.

Omkring en tredjedel af de interviewede mener, at der er tale om to forskellige undergrupper af sygemeldte, denne erfaring beskriver Erik: ”For mig at se så har vi faktisk to grupper, vi har dem, der har en smerte tilstand, og så har vi dem som psykisk har det dårligt. Og det kan godt være det så, i sidste ende, munder ud i en egentlig diagnose, men ofte er årsagen noget med stress, depression”. To tredjedele af sagsbehandlerne mener i højere grad, at smerter og stress- og depressionssymptomer påvirker hinanden gensidigt, fx siger Berit: ”Det hænger jo sammen det psykiske og det fysiske. Hvor meget det ene påvirker det andet. Derfor er det svært at se, hvor er kernen egentlig henne, og årsagen og problemet for det her”.

Stort set samtlige interviewede sagsbehandlere giver udtryk for, at sygdomsforløbene for SDM er langvarige og komplekse og desuden ofte karakteriseret ved et højt antal henvisninger til forskellige speciallæger. Erik omtaler de langvarige forløb således: ”Og så er det, at de begynder at køre rundt i møllen. Så bliver de henvist til røntgenundersøgelser, undersøgelser her og der, og så til sidst ender de hos en psykiater”. Cirka en fjerdedel af sagsbehandlerne fortæller, at der ofte kommer nye symptomer til i forløbet, enten som smerter nye steder eller i form af at diagnosen ændres, som Lisa her forklarer: ”Der går lidt tid, først er det stress, og så er det, det går over i en depression”.

Manglende diagnose og fortsættelse af sygedagpengesagen

På spørgsmålet om hvorfor SDM ofte ikke kan diagnosticeres svarer lidt under halvdelen, at det er fordi deres lidelse er psykosocialt betinget (41%). Over halvdelen siger, at SDM har ”ondt i livet” selvom det kun er 19% der bruger betegnelsen specifikt. Her beskriver Anja:

”Jeg synes tit, jeg oplever, at man undersøger det fysiske, når man måske burde kigge på alle de andre forhold (...) Hvis manden derhjemme er et fjols, og ungerne hænger i gardinerne, og man er træt af det arbejde, man kommer fra og alle de her ting, jamen så gør det da mere ondt end det ville gøre på én, der var rigtig glad for sit arbejde og havde det godt med ungerne og manden derhjemme”.

Sagsbehandlerne angiver følgende forhold listet i tabel 20, når de beskriver hvad SDM fejler:

Tabel 20

| Årsag | Antal |
|--|-------|
| Har ondt i livet | 26 |
| Lidelse/smerter er psykisk betinget | 13 |
| Mangler mestringsstrategier/ressourcer | 10 |
| De er slidte | 4 |
| Manglende forventningsafstemning | 3 |

Som det kan ses af tabel 20 svarer over halvdelen, at SDM i deres forståelse har 'ondt i livet', for eksempel siger Gitte: 'Hvis der er flere andre ting, så tror jeg, vi meget hurtigt siger jamen de har ondt i livet'. En femtedel svarer, at de sygemeldtes lidelse skyldes manglende ressourcer og/eller mestringsstrategier.

Udvikling i diagnosefordelingen samt antal sygemeldte med diffuse lidelser

Tre fjerdedel af sagsbehandlerne vurderer, at der er flere SDM nu, end der var for fem år siden. En fjerdedel fortæller, at antallet af sygemeldinger på grund af diffuse lidelser er det samme, men at der er sket en forandring i lidelsernes relative fordeling, så visse lidelser forekommer oftere nu end tidligere. Inger fortæller fx:

”Jeg tror, der bliver ved med at være diffuse lidelser, de flytter sig måske, det hedder måske noget andet, men jeg kan huske, vi havde mange whiplash og bækkenløsning tidligere. Jeg synes hele tiden, der er nogen problematikker, hvor vi siger, at der ligger noget psykisk over, så jeg tror måske det hedder noget andet, men jeg tror hele tiden der har været diffuse lidelser”.

I tabel 21 er de lidelser, som sagsbehandlerne mener er steget indenfor de sidste 5 år, listet.

Tabel 21

| Diagnose/lidelse | Antal personer har nævnt |
|------------------|--------------------------|
| Stress | 48 |
| Depression | 48 |
| Smerter | 40 |
| Piskesmæld | 28 |
| Udbrændthed | 12 |
| Angst | 6 |
| OCD | 4 |
| PTSD | 3 |

Igen er det stress og depression, der beskrives som de hyppigste lidelser. Sagsbehandlerne forklarer på forskellig vis, hvorfor de mener, disse lidelser har været i vækst. Ditte mener, det skyldes en generel samfundsmæssig opmærksomhed og siger: ”Jeg tror også det spiller meget ind, at der er så meget fokus på det. Der bliver snakket meget om det i medierne, og det er blevet mere normalt at være stresset eller at have en depression. Det var måske anderledes tidligere”. Johanne mener, at det skyldes at diffuse symptomer skal kategoriseres, dog siger hun: ”Og så har vi en fælles betegnelse, der dækker alt det, som vi ikke rigtig kan få samlet. Det hører under depression”. Mads, derimod, forklarer det ud fra ændringer på arbejdsmarkedet: ”Jeg tror i hvert fald ikke at sådan noget som stress og depression det skyldes mode. Jeg tror, det er reelt, at det opstår på grund af den måde som vi arbejder på”.

I tabel 22 er de lidelser, som sagsbehandlere mener, er faldet, listet.

Tabel 22

| Diagnose/lidelse | Antal personer har nævnt |
|-------------------------|--------------------------|
| Fibromyalgi | 40 |
| Piskesmæld | 18 |
| Bækkenløsning | 14 |
| Kronisk træthedssyndrom | 8 |
| Udbrændthed | 3 |

Som det ses af tabel 22 er fibromyalgi en diagnose, som flest sagsbehandlerne mener, er faldet i forekomst i de sidste 5 år. Isabella fortæller: ”jeg synes der var en lav-periode med fibromyalgi, det syntes jeg sådan set stadig der er. Men de er så bare blevet erstattet af stress”. En anden sagsbehandler, Astrid, fortæller at fibromyalgi er blevet en ”fy-sygdom”. Faldet i hyppigheden af diagnoserne piskesmæld, bækkenløsning, kronisk træthedssyndrom og udbrændthed forklarer sagsbehandlerne med, at betegnelserne skifter, men reelt har de sygemeldte de samme symptomer. Karina forklarer: ”Mange af dem, det er måske dem, som hed ’kronisk træthedssyndrom’ før, de er trætte. Det er de der ’stress-depressioner’ også. De er trætte, de orker ingenting. Dem kaldte vi måske ’kronisk træthedssyndrom’ før”.

Sagsbehandlerne kontakt til de sygemeldte borgere

Kontaktkarakteristika

Generelt oplever sagsbehandlerne kontakten til gruppen af sygemeldte med diffuse lidelser som vanskelig. Sagsbehandlerne anfører en række årsager til at samarbejdet med de sygemeldte anses for problematisk, jf. tabel 23.

Tabel 23

| Problemer | Nævnt af antal sagsbehandlere |
|---|-------------------------------|
| De er tidskrævende | 42 |
| De er svære at afklare | 24 |
| De tager meget energi/er krævende | 18 |
| Borger er inaktiv/ikke opsøgende/opgivende | 16 |
| Borger er nervøs/føler sig mistænkeliggjort | 12 |
| Svært at samarbejde m borger pga. frustration | 9 |

Som det fremgår af tabel 23 er der flere forskellige forhold, der gør sagerne problematiske. Først og fremmest er sagerne tidskrævende, hvilket typisk skyldes de mange henvisninger til speciallæger, som tidligere nævnt. Desuden kan der være en dårlig kontakt med SDM, eksempelvis forklarer Anja:

”Jeg oplever nogle gange, at folk de fra starten af er bange for ikke at føle sig forstået, fordi de ikke har en diagnose. De vil gerne have den diagnose, jeg ved at de er syge (...) Den første samtale bliver et forsøg fra borgeren på at overbevise mig om, at de jo er syge, at de har de og de symptomer”.

Udover en beskrivelse af en mistænkeliggørelse fremhæver 18 sagsbehandlere (35%), at forløbene kræver meget energi og engagement i relation til den sygemeldte. Michael siger: ”Et brækket ben, det kan du forholde dig til. Og så gør vi det, og så har vi en procedure for det. Men de diffuse lidelser, så skal du dævl dulme bruge dine ressourcer og tænke på, hvordan får jeg lige netop denne her person rykket”. En relateret problematik, som lidt under en tredjedel fremhæver (31%), er det forhold, at den sygemeldte sjældent selv bidrager aktivt til afklaringen. Det skal tilføjes, at enkelte sagsbehandlere (8%) oplever mødet med de sygemeldte med diffuse lidelser som inspirerende eller som en faglig (positiv) udfordring.

Sagsbehandlernes rolle i relation til de sygemeldte

På spørgsmålet om sagsbehandlerne oplever at blive tildelt en rolle som med- eller modspiller af de sygemeldte svarer fire femtedele (81%) af sagsbehandlerne, at de oplever at de både bliver tildelt en rolle som med- og modspiller af SDM. Kun tre sagsbehandlere svarer, at de udelukkende har en

rolle som modspiller, mens seks svarer, at de tror at de sygemeldte oplever dem som en medspiller. Den store gruppe af sagsbehandlere, som svarer, at de opfattes som både med- og modspiller, anfører følgende argumenter for denne dobbeltrolle, jf. tabel 24.

Tabel 24

| Rolle | Nævnt af antal sagsbehandlere |
|---|-------------------------------|
| Først modspiller, medspiller ved nærmere kendskab | 11 |
| Medspiller indtil sygedagpengeret falder | 8 |
| Modspiller ved tvungne tilbud | 7 |
| Hverken eller, blot en myndighed | 7 |

Overordnet så gælder det for disse argumenter, at sagsbehandlerne har to funktioner vis a vis den sygemeldte. Denne dobbelthed betyder i praksis, at alt efter hvilken funktion den sygemeldte fokuserer på, så tildeles sagsbehandleren den ene eller den anden rolle. Lone siger: ”Den ene ser mig som en, der skal hjælpe vedkommende. Og den anden som en der skal kontrollere og forsøge at få dem ud af akten så hurtigt som muligt”. Desuden svarer over halvdelen (54%), at rollen kan ændre sig i løbet af sagsbehandlingen, enten i form af at den sygemeldte er skeptisk ved det første møde eller omvendt, at sagsbehandleren tildeles en rolle som medspiller først i forløbet, men når man ”begynder at stille krav til den sygemeldte” eller når den sygemeldtes sygedagpengeret sættes i tvivl, så opfattes sagsbehandleren som en modspiller.

Manglende tilbud og handlemuligheder i relation til sygemeldte med diffuse lidelser

Tabel 25 giver et overblik over sagsbehandlerens svar på spørgsmålet om, hvorvidt de oplever, at de mangler tilbud eller handlemuligheder i forhold til sygemeldte med diffuse lidelser.

Tabel 25

| Manglende tilbud | Nævnt af antal sagsbehandlere |
|--|-------------------------------|
| Bevilling af psykologtimer | 31 |
| Hurtig medicinsk/tværfaglig afklaring | 29 |
| Aktiviteter/projekter under sygemelding | 23 |
| Erhvervsafklare uden revalideringsberettigelse | 11 |
| Aktiviteter/projekter for etniske minoriteter | 9 |

Det tilbud som flest sagsbehandlere efterlyser, er muligheden for selv at henvise de sygemeldte til psykolog. Karen siger: ”Vi mangler et lovgrundlag for at måtte give folk psykologhjælp, det tror jeg vi ville kunne flytte noget med. Det koster immervæk 600 eller 700 kr. pr time, og det er der ingen af vores borgere, der har penge til”. Desuden påpeger mange af sagsbehandlerne, at de lange og

komplerede forløb i deres vurdering ville kunne afklares hurtigere og mere hensigtsmæssigt, hvis det skete i tværfaglige teams. Et andet relateret problem er ventetider. Birthe siger: ”Jeg synes også der mangler noget omkring smertehåndtering. Her i Nordjylland, der har vi et statsligt, tværfagligt smertecenter i Aalborg, hvor man kan henvise til, men der er 18 måneders ventetid”.

Sagsbehandlerens samarbejde med andre centrale aktører

Samarbejdet med alment praktiserende læger

Sagsbehandlerne nævner en række samarbejdspartnere som de vigtigste i forhold til gruppen af sygemeldte med diffuse lidelser, jf. tabel 26.

Tabel 26

| Samarbejdspartner | Nævnt af antal sagsbehandlere |
|----------------------|-------------------------------|
| Egen læge | 50 |
| Lægekonsulent | 21 |
| Arbejdspladsen | 20 |
| REVA institution | 18 |
| Fagforening | 14 |
| Psykolog | 12 |
| Jobkonsulent | 12 |
| Private speciallæger | 11 |
| Sundhedssystemet | 10 |
| Borgeren | 5 |
| Kolleger | 4 |

Som det ses i tabel 26 nævner stort set alle interviewede sagsbehandlere den sygemeldtes egen praktiserende læge som en vigtig samarbejdspartner. Desuden nævner hver tredje, at henholdsvis lægekonsulenterne, arbejdspladserne og forskellige former for revalideringsinstanser er vigtige samarbejdspartnere. Ud over de i tabellen anførte samarbejdspartnere nævner enkelte sagsbehandlere speciallæger, psykologer og sundhedssystemet som vigtige samarbejdspartnere, ligesom kolleger også fremhæves. Til trods for at sagsbehandlerne peger på lægerne som deres vigtigste samarbejdspartner, er der flere, omkring hver femte, der stiller spørgsmålstejn ved, om der er tale om et reelt samarbejde. En af dem er Diana: ”Vi udfylder et stykke papir, hvor vi beder om et eller andet (...) og så skal det tilbage samme vej. Det synes jeg jo ikke er samarbejde. Jeg ved ikke hvad jeg skal kalde det, bestil-og-udfør model, whatever”.

Størsteparten af sagsbehandlerne (82%) er helt eller delvist tilfredse med samarbejdet med de praktiserende læger. Ud af det samlede antal sagsbehandlere er der dog to tredjedele, der svarer, at

de synes at samarbejdet fungerer både godt og mindre godt. To tredjedele af denne gruppe begrundet deres delvise utilfredshed med, at samarbejdet er meget personafhængigt. Johanne forklarer:

”Nogle læger er jo rigtig hurtige til at lave deres erklæringer, nogle læger vil rigtig gerne tale med os, i dialog, og nogle de stejler fuldstændig, fordi de synes vi sidder i – og det gør vi jo til dels også – et bureaukratisk papirkaos herinde, hvor vi beder om det ene og det andet bare for at bede om det”.

En anden hyppigt anført grund til delvis utilfredshed med samarbejdet er, at der opstår uenighed om den sygemeldtes tilstand, som Anja her fortæller om: ”Generelt set, så synes jeg, det er problematisk, at egen læge siger: ’Borgeren synes han er syg, ergo er han syg’, og hvis vi ikke kan finde på noget andet, så kan vi da altid skrive depression”. Hver sjette sagsbehandler (18%) mener, at samarbejdet med de alment praktiserende læger fungerer dårligt. Denne gruppe ser i højere grad lægerne som en modstander end som en samarbejdspartner, heriblandt Isabella:

”Hvis lægerne turde tage noget mere ansvar og gå ind i den debat. Jeg ved godt, de har en anden dagsorden. De har en dagsorden, der hedder, ”Vi tjener penge på jo flere patienter vi har”. Men det kan simpelthen ikke være rigtigt, at de sygeliggør flere borgere og vanskeliggør hele processen for en tilbagevendelse til deres arbejdsmarked og i forhold til samarbejdet med kommunen”.

Samarbejdet med lægekonsulenter

Den næstmest anførte samarbejdspartner efter de alment praktiserende læger er de kommunalt ansatte lægekonsulenter. Lægekonsulenternes primære funktion er at uddybe og ”oversætte” diverse attester og erklæringer for sagsbehandlerne, en funktion alle sagsbehandlere nævner. Desuden fremhæves lægekonsulenterne som en samarbejdspartner, der kan give råd om yderligere undersøgelser, eventuelt suppleret af bud på prognoser for den enkelte SDM forløb. Derudover oplever sagsbehandlerne lægekonsulenterne som vigtige deltagere i rundbordssamtaler. Arbejdsgangene i flere kommuner er ligeledes organiseret på en måde, hvor sygemeldte, der ønskes indstillet til pension eller fleksjob skal have deres sager vurderet af en lægekonsulent.

Langt størsteparten af sagsbehandlerne (88%) er enten tilfredse eller meget tilfredse med samarbejdet med lægekonsulenterne. Kun 12% er delvist tilfredse med samarbejdet, og

samarbejdsvanskelighederne begrundes i alle tilfælde med uoverensstemmelser i tolkningen af den sygemeldtes tilstand. Annemette siger fx: ”Og så har vi nogle lægekonsulenter, der ikke ved, hvad der er deres område, og hvad der er vores område (...) de skal jo ikke tage stilling til, hvad den her borger skal, de skal jo beskrive”.

Forskellig praksis i forskellige systemer

Alle interviewede sagsbehandlere mener, at samarbejde mellem forskellige faggrupper er vigtigt, når det handler om SDM med diffuse lidelser. Tid er et andet vigtigt element i sagsbehandlernes ønske om at styrke det tværfaglige samarbejde. Johanne siger: ”Hvis man ikke får koordineret indsatsen på de her typer af sygemeldte, så trækker det bare endnu længere ud, end man har erfaring med, at det gør i forvejen”. To tredjedele af sagsbehandlerne fortæller, at der kan opstå konflikter i sygedagpengesager, fordi der er lidelser, som ikke anerkendes i det kommunale system, men som anerkendes af de alment praktiserende læger. Det drejer sig om lidelserne fibromyalgi, piskesmæld og depression.

Konflikter opstår typisk, fordi de involverede parter har forskellige syn på den sygemeldte borger.

Katja fortæller:

”Jeg tror mange gange, at vi som sagsbehandlere kan se på personen, at der er jo virkelig noget galt, og vi følger personen gennem lang tid og kan se at det her, det kører bare ikke så godt. For lægekonsulenten, men også for teamlederen, er det svært at se, når de bare læser en eller anden forskningslidelse på et stykke papir”.

Der kan også være diskrepans mellem definitionerne af begreberne ”syg” og ”rask”, som Lone beskriver: ”En ting er om man er syg, en anden ting er, om man er for syg til at arbejde”. I de tilfælde hvor der opstår en konflikt mellem de forskellige systemer om, hvad der er en acceptabel diagnose, vælger lidt under halvdelen af sagsbehandlerne (46%), at lave deres egen socialfaglige udredning eller vurdering, mens andre (50%) forsøger at trække den kommunale lægekonsulent ind som støtte. Ud over disse to tiltag vælger en fjerdedel desuden, at spørge flere forskellige læger, som Margit: ”Jeg vil søge at få uddybet de lægelige dokumentationer i sagen, jeg vil søge at få patienten undersøgt af anden læge, og jeg vil samtidigt skabe kontakt til den læge som patienten har”.

Alment praktiserende læger og kommunale lægekonsulenter

Lægernes vurdering af gruppen af patienter med diffuse lidelser

Gruppens karakteristika

I forhold til gruppens kønsmæssige sammensætning siger 15 læger, at den hovedsageligt består af kvinder. Det typiske skøn synes at være, at kvinder udgør mellem 2/3 og 3/4 af gruppen af SDM. Aldersfordelingsspændene der nævnes er store. 40'erne er dog den aldersgruppe, som flest nævner (59%), tæt fulgt af 50'erne (50%) og 30'erne (45%). Der er kun få der nævner 20'erne (18%) og ingen sætter særskilt fokus på 60'erne. Dette skøn understøttes af de interviewede lægekonsulenter, som giver udtryk for, at gruppen omfatter både en stor gruppe midaldrende kvinder, og en lidt mindre gruppe af yngre kvinder, der er stressede over kombinationen af arbejdsliv, små børn og familieliv. En konsulent siger: ”Det er en gruppe kvinder mellem 30-40 år – der typisk har en lidt hård familiemæssig situation med mindre børn”.

Den uddannelsesmæssige baggrund for SDM skønnes af lægerne at være ufaglært (41%) eller kort uddannelse (36%). Nogle nævner også mellemlange uddannelser (14%) og endelig vurderer 14%, at diffuse lidelser rammer bredt og uafhængigt af uddannelsesbaggrund. I forhold til specifikke arbejdstyper nævner de alment praktiserende læger hyppigst social- og sundhedsansatte, folkeskolelærere, rengøringsassistenter og kontoransatte.

Tabel 27 viser, hvilke lidelser de sygemeldte har ifølge lægerne.

Tabel 27

| Lidelse | Antal |
|---------------------------|-------|
| Smerter i bevægeapparatet | 17 |
| Træthed | 10 |
| Hovedpine | 9 |
| Depression | 8 |
| Stress | 6 |
| Svimmelhed | 5 |
| Piskesmæld | 4 |
| Misbrug | 4 |
| Fibromyalgi | 3 |
| Andet ²² | 4 |

²² Indeholder lidelserne colon irritable, angst og udbrændthed.

Af tabel 27 ses, at smerter i bevægeapparatet er den hyppigste lidelse lægerne nævner²³. Lægen Jørgen fortæller:

”Det er jo alt muligt. Lige fra at de har ondt i ryggen, til at de har hovedpine, svimmelhed og alt muligt. Når vi så begynder at spørge dem grundigere ud, så finder vi ikke rigtig noget, der passer ind i vores kasser af sygdomsbilleder, og hvis vi begynder at undersøge dem ud fra nogle af de symptomer, de klager over, så er der sjældent noget sikkert at hænge det op på”.

Jørgen beskriver dels nogle af de lidelser/symptomer han ser hos patienterne, men berører også lidelsernes diffuse karakter som gør, at han har svært ved at få dem til at ”passe ind” og give en diagnose. Et psykisk element er også fremtrædende i lægernes beskrivelser af lidelserne. I tabel 28 ses det, at henholdsvis 8 og 6 læger nævner depression og stress, som lidelser de møder. Tine fortæller: ”Der er jo også meget psyke i det, der er jo også meget depression. Det er i hvert fald hyppigst kvinder. Nu er det jo så stress, som er en hyppig sygdomsmelding”.

Dette billede genfindes hos lægekonsulenterne, der nævner stress, depression og smerter som typiske lidelser hos SDM. Men i modsætning til de alment praktiserende læger fremhæver lægekonsulenterne desuden fibromyalgi og piskesmæld som en hyppigt forekommende lidelse. En lægekonsulent beskriver det således: ”Generelt set så hedder en tredjedel bevægeapparat, en tredjedel stress og depression, og en tredjedel det er så alt det andet. Det er sådan i store træk”. Tabel 28 viser hvilke beskrivelser lægerne giver, når de bliver bedt om at beskrive et typisk sygdomsforløb for SDM med diffuse lidelser:

Tabel 28

| Sygdomsforløb | Antal |
|---|-------|
| Langvarige (svære at udrede, svært at finde noget objektivt) | 9 |
| En isoleret episode/skade, herefter eskalerer forløbet | 6 |
| Starter med fokus på det somatiske, senere over i fokus på det psykiske og sociale | 5 |
| Sen kontakt til lægen | 3 |
| Forløb kan ikke afsluttes (flere ting kommer til når patient er ved at være udredt) | 3 |

At forløbene er langvarige og svære at udrede, er en hyppig beskrivelse (41%). Lægerne giver udtryk for, at der ofte er personlige, psykiske og sociale faktorer, der spiller ind i forløbene. Det kan

²³ Lægernes perspektiv i forhold til sygdomsforløbene er et element, der kan spille ind i forhold til tabel 29.

være en belastet opvækst, problemer i familien eller på arbejdspladsen, der i nogle lægers forståelse gør, at patienten får somatiske symptomer. Jesper siger: ”[Det er]alle mulige ting, der kan være gået skævt i tilværelsen, og så på et tidspunkt giver det sig udtryk som nogle somatiske symptomer”. Der er i Jespers forståelse, ligesom i mange lægeinterview, i nogle tilfælde en direkte sammenhæng mellem fysiske symptomer og psykiske og sociale faktorer.

Diagnosticering, lidelser og sygemelding

På spørgsmålet om hvorfor SDM med diffuse lidelser ofte ikke kan diagnosticeres svarer hovedparten af lægerne, at det er fordi de ikke har nok symptomer/organiske fund til at få en diagnose, eller at der ikke findes en officiel diagnose for deres lidelse. Derudover nævner lægerne, at det er fordi de har svært ved at håndtere denne gruppe patienter, da diagnosen ikke kan stilles ved brug af gængse undersøgelser, (to læger mener at denne type patienter godt kan diagnosticeres: de er kronisk somatiserende patienter).

Den typiske beskrivelse af SDM med diffuse lidelser er, at der er ”uoverensstemmelse mellem krav og ressourcer” (41% giver denne forklaring). Flere læger omtaler specifikt arbejdsmarkedet som det område hvor ressourcer og krav ikke stemmer overens. Thue beskriver dette forhold:” Der bliver stillet store krav til folk på arbejdsmarkedet, vi ser i hvert fald flere og flere som ikke kan honorere de krav. Det starter med, at de føler, at de ikke slår til. Og efterhånden, så bliver de faktisk syge af det”.

Langt overvejende svarer lægerne, at de, når der ikke foreligger en diagnose, lytter til SDM beskrivelser af deres situation og vurderer disse oplysninger, når de skal sygemelde dem. Jesper forklarer: ”Når du spørger, hvad kriteriet [for at sygemelde uden en diagnose] er, så er kriteriet jo et funktionskriterium, det er ikke en diagnose. Kriteriet er, at de ikke kan, og kriteriet er vel også, at jeg tror på dem”. Jesper beskriver at det afgørende for en sygemelding ikke er diagnosen, men i stedet er det et spørgsmål om funktion. Man må derfor have tillid til det patienten fortæller, for at kunne vurdere dennes funktionsniveau. Derudover nævner to læger eksplicit, at det jo ikke er lægen, men patienten selv, der sygemelder sig.

Diagnoseudviklingen

Halvdelen af lægerne siger, at de oplever at der er lige så mange personer med diffuse lidelser i dag som for fem år siden. Hertil tilføjer mange, at der måske er sket en ændring i lidelsernes relative fordeling, eller at den samme type lidelser har fået et nyt navn. Knap hver femte (18%) mener, at der er flere patienter med diffuse lidelser, mens blot én mener, at der er færre. Endelig siger to, at de oplever flere diffuse lidelser end for 10-15 år siden.

De lidelser der oftest nævnes som værende i vækst er stress (nævnt af otte) og depression (nævnt af syv). Henriette fortæller:

”Der er sikkert ikke mange flere deprimerede nu end før. Men vi finder bare mange flere. Vi er blevet bedre til at se dem. Vi behandler mange flere med depression og det er ikke fordi, at lægerne bruger for meget medicin, det er fordi, at der er mange deprimerede. Før fik de bare ingen behandling”.

Henriette beskriver den kompleksitet mellem symptomer, diagnose og behandling, som de fleste nævner i forbindelse med spørgsmålene om vækst og fald i forekomsten af diagnoser. Den hyppigst nævnte diagnose i tilbagegang er fibromyalgi, som 14 læger mener er faldet. En del af lægerne uddyber, at selvom diagnosen fibromyalgi mange steder nærmest ikke bruges mere, så er patienterne der stadigvæk, i dag får de bare en anden betegnelse/diagnose. Det påpeges, at det samme har været tilfældet med mange andre diagnoser – før fibromyalgi brugte man en anden betegnelse for den type patienter.

Generelt giver lægekonsulenterne udtryk for, at de oplever det samme antal sager med langtidssygemeldte borgere med diffuse lidelse som for 5 år siden. Enkelte udtrykker dog, at de har set en mindre stigning. Der er stor enighed om, at diagnoser som stress og depression er blevet hyppigere i løbet af de seneste år, samtidig med at fibromyalgi som diagnose er på vej væk. Flere nuancerer den oplevede ændring i diagnosefordelingen ved uddybende at forklare, at lidelserne nok stadig er de samme, men at nogle diagnoser er ”moderne” samt at lægerne i høj grad har indflydelse på, hvilke diagnoser, der er i vækst, og hvilke der ses mindre hyppigt. Man kan sige, at det er de samme problemer, der eksisterer, de skifter blot navn.

Lægernes kontakt til patienter med diffuse lidelser

Kontaktkarakteristika og diagnosticering

Samtlige interviewede læger beskriver mødet med SDM med diffuse lidelser som krævende. Ellen siger: ”Det er sådan nogen, der rigtig kan sætte lægen på arbejde”.

Tabel 29 viser, hvilke forhold lægerne nævner, når de forklarer hvorfor den type patienter er krævende.

Tabel 29

| Årsag | Antal |
|---|-------|
| Er tidskrævende | 17 |
| Volder problemer | 14 |
| Er energikrævende | 13 |
| Giver frustrationer pga. manglende diagnose | 11 |

Lægerne fokuserer især på tre forhold, når de beskriver patientkontakten: 1) patienterne er vanskelige eller umulige at udrede, 2) der er som oftest mangelfulde eller ingen behandlingsmuligheder og 3) patienterne kræver meget energi og tid. Der er forskellige holdninger og praksisser blandt lægerne i forhold til, at patienterne er vanskelige at udrede og/eller diagnosticere. Halvdelen af de interviewede siger, at det er fagligt utilfredsstillende ikke at kunne finde løsninger og svar. Samtlige læger pointerer, at det er afgørende at kunne udelukke, at patienterne ikke fejler noget alvorligt. Frygten for at overse en sygdom betyder i praksis, at patienterne typisk gennemgår både lange og grundige udredningsforløb med et stort antal henvisninger til forskellige speciallæger. Desuden forklarer omkring en fjerdedel af lægerne, at patienterne selv er nervøse og ønsker en forklaring på deres symptomer. Simon siger fx: ”Dem med smerter, de kan bedre leve med smerterne, hvis de ved, det ikke er noget farligt”. I de tilfælde, hvor, der trods de mange undersøgelser, ikke kan stilles en diagnose, kan det føre til en belastende situation for lægen. Tage forklarer det således: ”De er meget vedholdende, og det kan nogle gange være lidt ubehageligt, også fordi man står magtesløs”.

Lægernes roller

Langt størsteparten af lægerne (73%) fortæller, at de af patienten bliver tildelt en rolle som medspiller, ligesom de oplever sig selv som patientens medspiller. Ikke desto mindre uddyber alle på nær én, at de i visse tilfælde kan opleve at medspillerrollen kan redefineres og blive til en modspillerrolle, hvis der opstår en konflikt eller uoverensstemmelse i læge-patientforholdet. Det kan eksempelvis være uenigheder omkring sygemelding. Thue forklarer: ”Jeg ved, at jeg nogle gange kommer til at stå som modspiller, fordi man jo er nødt til at sige dem, ’Jamen for pokker! Selvom du føler dig syg, så kan jeg ikke se det, og så vil jeg ikke dokumentere det’”. Det hyppigst

anførte argument er netop, at lægerne ikke fagligt kan stå inde for, at opretholde en sygdomsdiagnose. Andre uoverensstemmelser kan skyldes, at patienten ikke får de henvisninger til undersøgelser, som vedkommende ønsker.

Lægekonsulenter har i nogen grad samme oplevelse, idet de siger, at de generelt har tillid til patienterne og synes, at de er på "deres side", men det er ikke alle, der tror, at patienterne rent faktisk oplever dem som medspillere. En lægekonsulent beskriver oplevelsen af sin egen rolle således: "Jeg tror desværre nogen føler, at vi er efter dem. Vi bliver ved med at stille krav til at der skal være noget veldefineret noget". Med "noget veldefineret noget" mener hun, at de som læger søger en konkret diagnose, som af og til kan være svær at finde frem til.

Når lægerne bliver bedt om at fortælle, hvordan de kan hjælpe denne gruppe patienter, svarer over halvdelen af lægerne, at fordi de ofte ikke kan diagnosticere og behandle denne gruppe patienter i klassisk lægefaglig fortand, bliver deres rolle en anden. Morten beskriver det således: "Jeg kan hjælpe dem, ved at prøve at være deres læge, ved at prøve at være lyttende, empatisk, forstående. Og samtidig prøve at lære dem hvad det drejer sig om og prøver at guide dem lidt". Jens Erik siger: "Man skal prøve at få dem til at "cope" den tilstand. Prøve at få dem fra at de er syge, til at de har en skavank".

Lægernes samarbejde med jobcentre og lægefaglige konsulenter

Samarbejde - aktører, indhold og vurdering

De to vigtigste samarbejdspartnere, som lægerne nævner, er sagsbehandlere (nævnt af 16) og speciallæger (nævnt af 11). Desuden nævnes psykiatere og psykologer, smerteklinikker og lægekonsulenter. Jesper begrundet sagsbehandlernes rolle således: "De vigtigste samarbejdspartnere, det er jo formelt set selvfølgelig kommunen, fordi det meget ofte er et arbejdsmarkedsproblem". Samarbejdet med sagsbehandlerne består først og fremmest i udfærdigelse, og eventuel uddybelse, af diverse attester og erklæringer. Derudover svarer to tredjedele af lægerne, at de, på baggrund af deres ofte mere dybdegående og nuancerede kendskab til patienten, ser det som deres opgave at videregive en mere helhedsorienteret vurdering af patientens situation. Kristin fortæller:

"Det er en del af samarbejdet at få helheden med, det er nok også en af vores opgaver. Når det hedder ondt i ryggen så lige huske at få sagt: 'Der er lige de her

livsomstændigheder'. For nogen gange så har man indtryk af, at de er blevet glemt lidt undervejs i sagsbehandlingen”.

Af andre samarbejdsopgaver nævner en tredjedel af lægerne, at de deltager i rundbordssamtaler, mens lidt under en tredjedel svarer, at de deltager i afklaringer af skånehensyn samt andre lægefaglige problematikker.

Knap to tredjedele af lægerne vurderer at samarbejdet omkring patienter med diffuse lidelser fungerer både godt og dårligt, mens en tredjedel mener, at det fungerer godt. Blot to læger vurderer samarbejdet som dårligt fungerende. Den relativt store gruppe af læger, som oplever samarbejdet som både godt og dårligt, har følgende kritikpunkter til samarbejdet: Det er omstændeligt og tidskrævende, de bliver stillet opgaver, som er vanskelige, og samarbejdet er betinget af lovgivningsmæssige krav, som ikke nødvendigvis giver resonans i deres eget arbejde med patienterne.

Samarbejdet med lægefaglige konsulenter

I interviewene spørger vi til lægernes samarbejde med de kommunale lægekonsulenter. Halvdelen af de interviewede læger svarer, at de ikke indgår i et samarbejde med kommunale lægekonsulenter, mens den anden halvdel svarer, at de kan tage kontakt til lægekonsulenten, hvis de har emner eller patienter, som de ønsker at afklare, eller at de deltager i fælles rundbordssamtaler og derigennem har et formaliseret samarbejde. Lidt under halvdelen vurderer at samarbejdet med lægekonsulenterne er velfungerende, mens lidt over en tredjedel vurderer at det er både godt og mindre godt; kun tre læger mener, at samarbejdet fungerer dårligt. Både læger, der fremhæver samarbejdet med lægekonsulenterne som godt, og læger, der kritiserer det og vurderer det som mindre godt, begrundes deres vurderinger i overvejelser omkring gensidig faglig respekt. Halvdelen af de interviewede læger mener, at lægekonsulenten sidder i en central position og kan have stor indflydelse på, hvordan de enkelte sygemeldtes sager kommer til at forløbe.

På den anden side af dette samarbejde ser lægekonsulenterne både praktiserende læger og socialrådgivere som deres samarbejdspartnere samt at deres samarbejde er centreret omkring lægelige vurderinger og dokumentation. De fleste siger, at SDM privatpraktiserende læge er en vigtig samarbejdspartner. En konsulent uddyber årsagen:

”Jeg mener, at borgenes praktiserende læge er tovholder og den praktiserende læge har tit et kendskab til den sygemeldte om mere end det konkrete helbredsmæssige, tit ved egen læge jo en masse omkring de sociale omstændigheder”.

Strukturelle barrierer og mulige forbedringer

Barrierer

En femtedel af de interviewede læger oplever ikke, at der er barrierer i deres eget system. Af den resterende gruppe svarer over halvdelen, at de mangler tid og ressourcer, mens lidt over en tredjedel mener, at de mangler behandlingstilbud såsom psykologbehandling og smerteklinikker. Langt de fleste læger har mulighed for at henvise deres patienter til både psykolog eller smerteklinik, men dels er der meget lange ventetider og dels volder egenbetalingen i forbindelse med psykologforløb ofte problemer for den sygemeldte. I relation til den problematik, påpeger lidt over en fjerdedel af de interviewede læger, at de ikke selv har tilstrækkelige terapeutiske og socialmedicinske kvalifikationer eller viden til at håndtere gruppen af patienter med diffuse lidelser bedst muligt. Endelig giver lidt over en fjerdedel af lægerne udtryk for, at honoreringssystemet er uhensigtsmæssigt opbygget. De mener ikke, at de på en tilfredsstillende måde kan fakturere det socialmedicinske arbejde, som de udfører, når de arbejder med denne gruppe patienter, og de mener derfor ikke at de bliver rimeligt aflønnet for arbejdet.

Andre aktørers indflydelse på behandlingsforløb og ændrede arbejdsgange

Generelt vurderes uenighed med sagsbehandlere som værende et problem, ligesom at ventetider kan ”trække tingene i langdrag”, ”fastholde patienterne i et sygdomsbillede” eller have andre uhensigtsmæssige konsekvenser. Lægerne har til gengæld gode erfaringer med tværfaglige afklaringsforløb. Over en tredjedel efterlyser henvisningsmuligheder til behandlings- eller udredningssteder med specifikt fokus på de problemstillinger, som gør sig gældende i forbindelse med patienter med diffuse lidelser. Lisbeth beskriver problematikken således:

”Hvor man tidligere havde en almen medicinsk afdeling, man kunne henvise til og så foretog de en udredning, så skal man nu helst have næsten stillet en diagnose for at kunne sende dem et eller andet sted hen. Det kunne være rart med en sygehusafdeling, der kunne foretage den udredning”.

Tre andre læger giver udtryk for det problematiske i opdelingen i medicinske specialer, som i praksis kommer til at betyde, at patienten bliver sendt fra afdeling til afdeling, fra speciallæge til speciallæge, for atter at ende hos den praktiserende læge, stadig uden diagnose.

Lægekonsulenterne fremhæver en tidligere indsats, som det vigtigste element i forbedringen af arbejdet med langtidssygemeldte patienter, mens to konsulenter peger på udredninger af mere tværfaglig karakter som mulige forbedringsområder, hvilket en anden uddyber via ønsket om ”rundbordssamtaler”.

Tiltag til at kvalificere arbejdet med SDM

Over halvdelen af de adspurgte læger svarer, at de har ændret på deres arbejdsgange, for at kunne hjælpe patientgruppen med diffuse lidelser bedre. En tredjedel svarer, at de oplever, at det giver bedre konsultations- og behandlingsforløb, hvis de afsætter dobbelttider til konsultationer med patienter med diffuse lidelser. Jesper svarer, på spørgsmålet om hvordan han konkret har ændret sin arbejdsgang: ”Ved i højere i grad at være lyttende og rummelig frem for at være resultatsøgende”.

Kapitel 5: Casestudier på offentlige arbejdspladser med lavt sygefravær

Forskningen i sygefravær viser at det psykiske arbejdsmiljø samt ledelsesstilen på arbejdspladserne har stor betydning for omfanget og varigheden af sygefravær. For at belyse dette aspekt var det en del af nærværende undersøgelses design at gennemføre fem casestudier, som satte eksplicit fokus på god praksis i forhold til at skabe et arbejdsmiljø, der mindsker risikoen for sygefravær.

Casestudierne er foretaget på arbejdspladser i servicesektoren eller på social- og sundhedsområdet, det vil sige arbejdspladser, der statistisk set burde have et højt sygefravær. Mod forventning har disse arbejdspladser dog et lavt sygefravær, som følge af en arbejdspladskultur der modvirker, at de ansatte melder sig syge, og det er netop derfor, de er valgt ud til denne undersøgelse.

Dette kapitel tager udgangspunkt i det empiriske materiale, der er indsamlet under de fem casestudier. Studierne har bestået i et todages-besøg på arbejdspladsen og har omfattet interviews, deltagerobservation samt indsamling af forskelligt dokumentmateriale (sygefraværstatistikker, personale- og fraværspolitikker, beskrivelser af værdigrundlag, mv.). Vi har lavet interviews med følgende på hver arbejdsplads: Den overordnede ledelse, den daglig leder for den udvalgte personalegruppe, tillids- eller sikkerhedsrepræsentanten samt medarbejdere i den udvalgte personalegruppe.

Formålet med kapitlet er, gennem en analyse af det indsamlede materiale, at tydeliggøre arbejdspladsens målrettede arbejde med best practice og nedbringelse af sygefravær. Det vil sige at kapitlet vil fokusere på hvilke redskaber, strategier, tiltag, mv. arbejdspladsen har implementeret i forhold til fx ledelsesstil, kollegialt samvær og arbejdstilrettelæggelse for at nedbringe sygefraværet.

Kapitlet består af en præsentation og beskrivelse af de fem case-arbejdspladser samt de tiltag og projekter som arbejdspladsen har gennemført for at nedbringe sygefraværet. Til sidst afsluttes med et afsnit om generelt gældende tiltag på tværs af brancher.

De fem case-arbejdspladser er:

Case 1: Den integrerede daginstitution Isbjørnen, Valby

Case 2: Gladsaxe Kommunes Rengøringservice

Case 3: Hjemmeservicegruppe 9B, Østerbycentret, Esbjerg

Case 4: Hæmatologisk afdeling, Ålborg sygehus

Case 5: Hjemmeplejen i Brønshøj, Husum og Vanløse

Case 1: Den integrerede daginstitutionen ”Isbjørnen”, Valby

Isbjørnen er en stor integreret institution med 60 vuggestuebørn og 112 børnehavebørn. Der er 45 ansatte. En afdelingsleder karakteriserer stedet således:

”Vi er en stor mangfoldig institution, med mange forskellige mennesker og plads til at være forskellige, men det er også en institution med en høj faglighed og stor lyst til at folk de skal lave det, de er her for. Det er sådan det, der kendetegner Isbjørnen, synes jeg. Vi er meget åbne og gode til at tage i mod folk. Og meget fagligt stolte”.

Udviklingen i sygefravær fra 2005 til 2008

Ledelsen og medarbejdergruppen har arbejdet målrettet med nedbringelse af sygefraværet i institutionen. De har arbejdet specifikt med korttidsfraværet, da det er dyrt i vikarudgifter og giver ustabilitet i hverdagen.

Tabel 30 viser udviklingen i sygefravær fra 2005 til 2008.

Tabel 30

| År | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------------|-------|-------|-------|------|
| Sygefraværdsdage pr. ansat | 30,56 | 13,71 | 19,83 | 14,8 |

Det man kunne kalde ”den pædagogiske virkelighed” indebærer en række forhold, som sætter rammerne for hverdagen i institutionen. Det er tematikker og praktiske omstændigheder som, i større eller mindre grad, betinger, hvilke muligheder de ansatte har for at organisere det daglige

arbejde. De temaer, der bliver trukket frem af de ansatte og som ledelsen har en stor opmærksomhed på er følgende:

- Arbejdsglæde og faglighed
- Rummelighed og fleksibilitet
- Solidaritet og godt kollegaskab
- Synlighed, forventningsafstemning og klar ansvarsfordeling

Alle interviewede siger, at de er glade for deres arbejde og at en vigtig faktor for deres arbejdsglæde er institutionens høje faglige pædagogiske niveau. En afdelingsleder siger:

”Der er et stort fokus på fagligheden og der bliver arbejdet meget med pædagogikken og folk er meget bevidste om, ’Hvorfor gør jeg det her? Hvilken betydning har det?’ Man vælger nogle ting og man fravælger nogle ting. Stiller sig kritisk, også over for nogle opgaver der kommer. Vi skal selvfølgelig løse dem, men man stiller sig kritisk overfor det og sætter sig ind i, hvad det indebærer. Hvad betyder det for børnene, hvad betyder det for en selv?”.

Det bliver i flere interviews nævnt, at det er en vigtig del af stedets arbejdspladskultur, at der skal være plads til alle. Det gælder specielt i forhold til kolleger, og især ledelsen understreger, at de oplever, at der er en gensidig omsorg og opmærksomhed i personalegruppen. De taler fx om ”at have en interesse for hinanden” og om ”at have et øre”. Ligesom der lægges vægt på samarbejde om opgaveløsning og en rimelig opgavefordeling, fx ved at der er en høj grad af fleksibilitet i arbejdsplanlægningen, så den kan blive bedst muligt for alle. Opmærksomheden på ens kolleger afspejler sig desuden i et specifikt fokus på at opbygge gode relationer til dem, man arbejder sammen med. For eksempel siger en pædagog:

”Man glæder sig til at komme over og se sine kolleger om mandagen. Fordi børnene det er jo nogen, der kommer og går, men ens kolleger dem vil man jo gerne have i længere tid, så at man har et godt forhold til dem, det synes jeg er en vigtig faktor”.

De interviewede ledere lægger vægt på, at det er vigtigt for dem at være synlige, have indblik i det daglige arbejde med børnene og vide ”hvor de ansatte er”. Desuden understreger den interviewede

mellemlider, at det for hende er vigtigt, at der er en klar ansvarsfordeling i ledergruppen. En afdelingsleder siger:

”Vi har lavet sådan nogle lister over, hvad vores opgaver er (...) så det bliver lidt mere firkantet i forhold til: ’Hvem har egentlig hvilke opgaver?’ Så kan man også sige: ’Det er ikke min opgave’. Det bliver mere synligt og ”ryddet op”, og det synes jeg er rigtig nødvendigt”.

Konkrete tiltag

Institutionen har i foråret 2008 deltaget i projektet ”Miraklet i Valby”, en spørgeskemaundersøgelse blandt 15 institutioner i Valby varetaget af konsulentvirksomheden Strategos. På baggrund af spørgeskemabesvareelserne holdt et team af konsulenter oplæg for det samlede personale og fremlagde besvareelserne med det formål at bevidstgøre de ansatte om egne og andres holdninger og praksis. Lederen forklarer om projektet:

”De var inde og lede efter de mulige årsager til fravær og de fandt sjovt nok ud af, at det ikke havde noget med ledelse at gøre om de var syge; det handlede ikke om, at ledelsen var dum eller sød eller noget. Det havde heller ikke noget at gøre med de fysiske rammer, det havde meget at gøre med om man havde for travlt og om man havde gode eller dårlige kolleger. Og om man følte sig værdsat, om man følte at man gjorde en forskel. Det var de meget synlige faktorer”.

Sygefraværspolitik

Der er en fast procedure for, hvordan man sygemelder sig og sygefraværspolitikken er vigtig for alle og bliver fremhævet som både rimelig og virksom. Der afholdes ”omsorgssamtaler” frem for ”fraværssamtaler”. Alle medarbejdere har en samtale om året, men hvis en ansat har tre sygemeldinger (underordnet over hvor lang tid) eller har 12 sygedage (fordelt på en eller flere perioder) indkaldes vedkommende til samtale. Fremgangsmåden har det dobbelte formål dels at tage fat om problemerne, dels at sende et signal til de medarbejdere, som ikke er syge. En afdelingsleder siger:

”Det er også vigtigt at hive fat i dem, der har meget fravær, for det sender også nogle signaler til dem, der aldrig er syge om, at der sker faktisk noget, når man er syg. Vi er

ikke ligeglade med dem, der altid er syge. Vi tager faktisk fat på det. Det er vigtigt, for ellers kan man tænke: 'Så kan jeg jo bare være syg. Det er lige meget, det har jo ikke nogen konsekvens. Det er rart for dem at se, at der faktisk sker noget, at der bliver taget hånd om det'.

Ved langtidssfravær er kontakten mellem arbejdsplads og sygemeldte standardiseret og nedskrevet som et sæt regler, hvor begge parter er forpligtiget til at holde en jævnlig kontakt. Denne ordning bliver suppleret med et tiltag, der kaldes "Ambulancetjenesten", som består i at hver medarbejder har to kontaktpersoner blandt sine kolleger. En afdelingsleder forklarer:

"Vi udfylder alle sammen et stykke papir, som sidder oppe i en mappe, hvor man skriver hvem man vil have, kontakter én hvis man er væk i lang tid. Jeg har fx valgt at mine kontaktpersoner er Majbritt og Dorthe. Så de har forpligtiget sig til, at de skal holde en kontakt til mig, hvis jeg er syg. Det vil sige, at de skal være i forbindelse med mig jævnligt. Sådan en aftale har vi alle sammen".

Desuden er der en række praktiske initiativer fx har alle ansatte gratis abonnement til Fitness World, som ligger ved siden af institutionen; ligesom der er en frugtordning for personalet, som ansatte fremhæver som en tiltag, der viser at ledelsen bekymrer sig om dem.

Institutionen har for nylig afsluttet en "trivselskonkurrence" blandt personalet, hvor de indstillede hinanden på baggrund af, at de oplever at en kollega havde gjort et godt stykke arbejde, pædagogisk eller socialt. Der er enighed blandt de ansatte om at konkurrencen har medvirket til at fremme arbejdsglæden og opmærksomheden på hinanden som kolleger.

Case 2: Gladsaxe Kommunes Rengøringservice

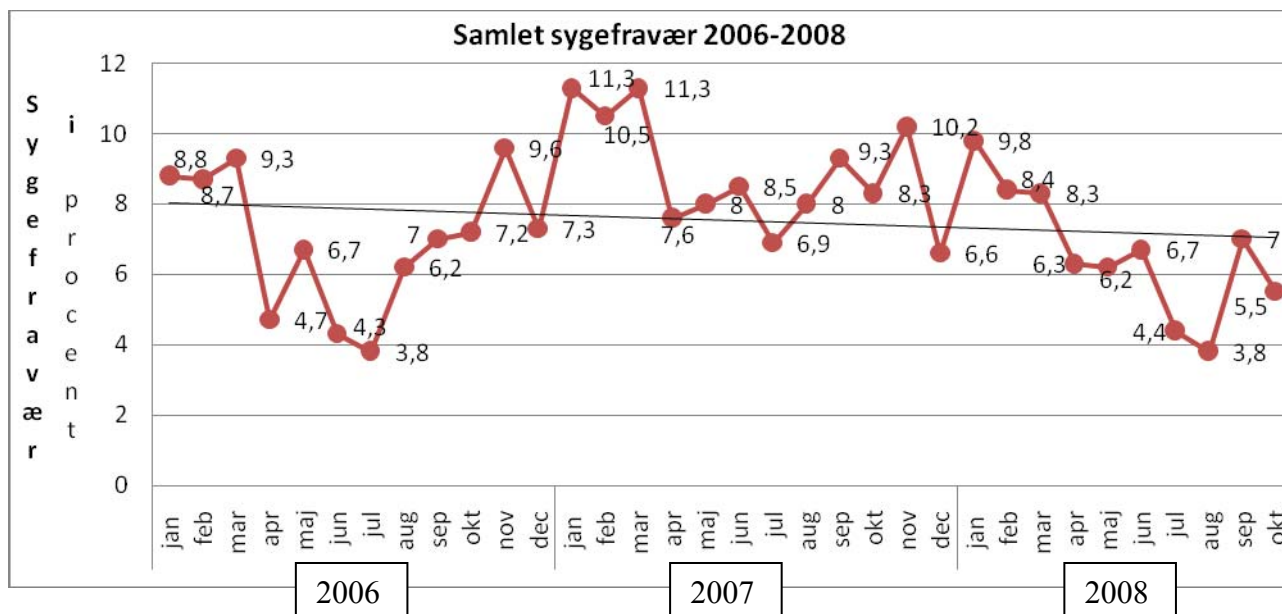
Gladsaxe Kommunes Rengøringservice (GKR) er, som navnet indikerer, en kommunal rengøringsorganisation, som varetager rengøringen af kommunens faciliteter; dvs. eksempelvis skoler, daginstitutioner, kulturinstitutioner og administration. Der er 250 ansatte i GKR, fordelt på ca. 240 rengøringsassistenter og ti ansatte i ledelse og administration. Over 60 % af medarbejderne er af anden etnisk baggrund, ligesom medarbejdergruppen består af flest kvinder.

Arbejdet som rengøringsassistent er typisk ufaglært og størsteparten af de ansatte har ingen fagrelevant uddannelse.

Udvikling i sygefravær fra 2006 til 2008

Virksomheden har siden 2005 haft nedbringelse af sygefraværet som en del af sit kontraktmål med kommunen og sygefraværet er, som resultat af en række tiltag og initiativer, samlet set faldet fra 6,2% i 2006 til 5,5% i 2008. Udviklingen i sygefraværet er vist i tabel 31.

Tabel 31



Ledelsesteamet understreger, at en del af langtidsfraværet skyldes, at afskedigelsesager pga. hyppigt eller længerevarende fravær, typisk forløber sådan, at medarbejderen er langtidssygemeldt hele opsigelsesperioden.

Konkrete tiltag

Rengøringsbranchen har et lavt prestigeniveau og der er få succeshistorier i forhold til nedbringelse af sygefraværet. Det er tungt fysisk arbejde med en lav socioøkonomisk status, hvilket i forskningen fremhæves som faktorer, der er med til at øge fraværet, men i GKR er det lykkedes at vende statistikken. Ledelsens vurdering er, at det tidligere høje fravær skyldtes flere forskellige faktorer og derfor arbejdes der på mange niveauer. Der er således tale om en generel holdning til og et fortsat arbejde med sygefraværsproblematikker, hvor en række tiltag løbende er blevet implementeret med det formål at bedre det fysiske og psykiske arbejdsmiljø; ligesom en ledelsestilgang baseret på en tæt dialog med medarbejderne står centralt.

Ledelsen tilstræber i videst mulig udstrækning, at de enkelte initiativer tjener mere end et formål. Eksempelvis de interne kurser, der afholdes for at styrke medarbejdernes rengøringsfaglighed og – viden. Rengøringschefen siger: ”Ét er, at medarbejderne møder os, det er fint nok, men endnu vigtigere er det, at de lærer hinanden at kende. Og det er det, vi opnår med vores interne kurser”. Det fremhæver ledelsesteamet som vigtigt i en virksomhed, hvor der er langt mellem ledelse og medarbejder, og hvor mange arbejder alene og ikke har kolleger. I rækken af konkrete tiltag kan følgende fremhæves:

Sygefraværspolitik

Der er en hård linje overfor fravær af den type som medarbejdere og ledelse kalder ”pjæk”, idet der er indført regler, som gør det muligt at kræve en lægeerklæring fra første sygemeldingsdag. Generelt ringes der hjem til den sygemeldte og der indkaldes til sygesamtaler efter 15 dages fravær eller mere end fem sygemeldingsperioder på et år, underordnet årsag. Ved mere end 30 dages fravær indkaldes den sygemeldte til en samtale, hvor den ansatte på baggrund af en samlet vurdering af situationen evt. indstilles til afskedigelse. Ved fortsat ansættelse skal medarbejderen have en lægeerklæring ved blot en enkelt dags fravær. Især kravet om lægeerklæring, giver positive resultater. En rengøringsleder siger: ”Det hjælper virkelig meget. Helt utroligt. Enkelte sygedage og småperioder de stopper faktisk. Fordi [medarbejderne] de skal til lægen og have en lægeerklæring hver gang de er syge”.

Desuden har de klare retningslinjer en vigtig signalværdi, idet den systematiske tilgang til og opsamling på den enkelte medarbejders sygdomsforløb og generelle fravær signalerer, at ledelsen ikke er ligeglad. Rengøringschefen siger:

”Hvis det er et reelt sygeforløb, så er det jo positivt for medarbejderen at opleve, at her er der en leder der siger: ”Hvordan går det, hvad kan jeg gøre for at hjælpe dig?” Så bliver det jo et positivt flow, der igangsættes. Men det er klart, at hvis det i virkeligheden handler om noget andet, så vil de måske føle sig en lille smule presset”.

Initiativer til sundhedsfremme

Der er iværksat en række tiltag til sundhedsfremme i medarbejdergruppen. Den vigtigste komponent er en sundhedsordning, hvor medarbejderne pga. en sundhedssamtale med en sundhedsbehandler bliver tilbudt et massageforløb. I alt 80 medarbejdere benytter sig af dette

tilbud. Ledelsen har fået en generel tilbagemelding på sundhedssamtalerne med disse medarbejdere, hvilket bl.a. har resulteret i oprettelsen af et pilateshold og planer om kurser i afspænding. Flere af medarbejderne udtrykker tilfredshed med ordningen, fx siger en rengøringsassistent:

”Vi har massage og pilates, stræk, øvelser osv. Det er et godt tilbud og mange siger, at de har fået det bedre. De kommer jævnlige og bliver masseret og det har løst op i deres skuldre. Så har de ikke lige så mange sygedage og de har det i det hele taget nemmere på arbejdet”.

Derudover er der indført en frugtordning på kontoret og på lige fod med andre ansatte i Gladsaxe Kommune tilbydes medarbejderne rygestopkurser, adgang til gratis træning i fitnesscenter og gratis adgang til svømmehal.

Kompetenceudvikling

Arbejdet er fysisk krævende, men som rengøringschefen argumenterer, så må det ses som en udfordring. Hun siger: ”Hvor der er en risiko, er der også mulighed for at handle aktivt omkring et eller andet arbejdsvilkår. Og det er det, jeg synes, vi gør. Vi forsøger at skabe nogle rammer, så rengøringsarbejdet ikke nødvendigvis bliver nedslidende”. Det er en vigtig forudsætning for at undgå nedslidning, at de ansatte har kendskab til og følger de anvisninger, som de undervises i. En rengøringsassistent siger: ”Sygefravær er også, når man ikke bruger redskaberne ordentligt, så man får ondt i ryggen”. Der arbejdes derfor målrettet med at forbedre medarbejdernes viden om og implementering af ergonomisk hensigtsmæssige arbejdsrutiner, bl.a. sikkerhedsrepræsentanterne varetager denne opgave. Desuden er der blevet foretaget en omlægning af rengøringsystemet, så der nu bruges microfiber. Fordelen ved microfiber er, at der bruges langt mindre vand, hvilket minimerer antallet af tunge løft og brugen af kemikalier.

Desuden er kompetenceudviklingen ifølge rengøringschefen vigtig som en mulighed for at forbedre både de ansattes faglighed, men i lige så høj grad deres generelle selvrespekt. Hun siger:

”Vi beskæftiger typisk medarbejdere [uden uddannelse] og mange har rigtig dårlige erfaringer med skolen, så det er en udfordring, når vi snakker kompetenceudvikling. Vi ved, at det vil give dem et løft, at de vil føle øget selvrespekt og større glæde og stolthed (...) Og så er det jo så fint at de lærer noget om rengøring, men i

virkeligheden, så er det ikke på grund af de faglige ting de har lært på kurserne. Det er fordi, de er ved at vise overfor sig selv, at de jo godt kan”.

Fysiske rammer og tilhørsforhold

Størsteparten af rengøringsassistenterne er tilknyttet decentrale arbejdssteder og kommer sjældent på GKR's hovedkontor. Ledelsen arbejder derfor specifikt med at skabe en tættere tilknytning mellem medarbejdere og ledelse. En rengøringsleder siger: ”Jeg ser ikke alle mine assistenter på en uge. Så jeg kan godt forstå, at assistenten hører mere til institutionen, hvor de arbejder, end GKR”. Helt konkret er der i ledelsen en opmærksomhed på at lægge så mange fælles arrangementer som muligt på hovedkontoret, ligesom rengøringslederne generelt prioriterer at følge tæt op på medarbejdere, som på den ene eller anden måde har vanskeligheder arbejdsmæssigt eller privat. Desuden afholdes der en række arrangementer (dialogmøder, personalemøder, faglige kurser, teambuilding, udflugter og fester) i organisationen for at fremme dels det psykiske arbejdsmiljø dels for at få medarbejderne til at føle et tilhørsforhold til arbejdspladsen.

Konkret er hovedkontoret indrettet som storrumskontor ud fra samme målsætning.

Rengøringschefen forklarer, hvorfor hun har fravalgt at have sit eget kontor: ”Det giver mig en god fornemmelse af, hvor vi egentligt er henne i organisationen. Jeg kan se og høre hvad der foregår og det er nemt at komme til mig. Og det gør både medarbejdere og ledere”. Desuden finder det ugentlige massagetilbud til de ansatte sted på hovedkontoret og flere af medarbejderne fortæller, at de ofte, i forbindelse med at de kommer til massagebehandling, får talt med enten deres rengøringsleder eller rengøringschefen.

Case 3: Hjemmeservicegruppe 9B, Østerbycentret, Esbjerg

Østerbycentret er et aktivitetscenter for pensionister og efterlønsmodtagere i Esbjerg. Der er i forbindelse med centret ti aflastningspladser samt daghjem for demente. Derudover er der tilknyttet tre hjemmeservicegrupper, som servicere de pleje- og ældreboliger, der ligger i umiddelbar tilknytning til centret, og de borgere, der bor i Østerbycentrets område. Omkring 600 borgere serviceres af centret, som har i alt 140 medarbejdere.

Casestudiet har fundet sted i den ene af de tre hjemmeservicegrupper, gruppe 3, som består af 15 social- og sundhedshjælpere og –assistenter, to elever samt en teamleder.

Udvikling i sygefravær fra 2005 til 2008

Tilbage i 2005 deltog arbejdspladsen i et længerevarende projekt rettet mod nedbringelse af sygefraværet. Projektet tog udgangspunkt i metoden ”Appreciative Inquiry” (AI), der retter fokus mod det, der i forvejen fungerer frem for at have fokus på problemerne. I samarbejde med en gruppe eksterne konsulenter blev der afholdt lederudviklingsseminarer med opmærksomhed på værdibaserede ledelsesprincipper og kommunikation. Gennem medarbejdersworkshops blev der udviklet en række positive historier om arbejdspladsen, der senere dannede grundlag for konkrete tiltag til at forbedre trivslen. Projektet havde fine resultater i form af et fald i sygefraværet på godt seks dage pr. medarbejder (fra 16 dage til 10 dage) om året, svarende til knap 40 procent. Sygefraværet i ’hjemmeservicegruppe 3’ i forhold til de andre grupper er vist i tabel 32²⁴.

Tabel 32

| Hjemmeservicegruppe | 2007 Antal dage | 2008 Antal dage |
|---------------------|--------------------|--------------------|
| Gruppe 1 | 350 | 601 |
| Gruppe 2 | 358 | 372 |
| Gruppe 3 | 152 | 153 |

Som det fremgår af tabel 32 ligger gruppe 3’s sygefravær markant lavere end de andre grupper (der er samme antal medarbejdere i de tre grupper), idet det i 2008 er under det halve af fraværet i gruppe 2 og kun en fjerdedel af gruppe 1’s fravær. Det høje fravær i gruppe 1 skyldes flere langtidssygemeldinger. Teamlederen i gruppe 3 siger om sygefraværet i sin gruppe, at det altid har været lavt og at det i hendes forståelse handler meget om at hele gruppen føler ansvar for arbejdet og deres kolleger, og at hun ser sig selv som en rollemodel i den sammenhæng. En social- og sundhedsassistent siger: ”Vi er mange der har været der i mange år. Der har aldrig været mange sygedage”.

Konkrete tiltag

²⁴ Der er i tabellen udregnet et gennemsnit af sygefraværsdage pr medarbejder, baseret på hver gruppes antal medarbejdere, så der kompenseres for de tre gruppers forskellige størrelse. De tre grupper er således direkte sammenlignelige.

Problematikker vedrørende sygefravær er stadig noget der arbejdes med blandt andet i form af en standardiseret sygefraværspolitik, ligesom de ansatte er tilmeldt en sundhedsordning, Health Company, som tilbyder massage og fysioterapi. På tidspunktet for casebesøget var der i højere grad tale om en struktureret vedligeholdelse af en eksisterende arbejdspladskultur, end der er tale om egentlige projektiltag. Både ledelse og medarbejdere gjorde en indsats for at understøtte en kultur kendetegnet ved godt kollegaskab, ansvarsfølelse, åbenhed og dialog.

Godt kollegaskab

En fysioterapeut, der er tilknyttet gruppe 3, beskriver gruppen således:

”[Teamlederen] skal have cadeau for en del. Det er nogle meget søde og gæve piger der er i gruppe 3, men jeg tror også, at man føler man har et ansvar inde i 3’eren. Du bliver taget meget alvorligt og jeg tror virkelig, at det betyder noget, at man føler, at man gør en forskel inde i den gruppe og det kunne godt være sådan noget der måske var forskellen til den anden gruppe. Der er ikke lige en anden der kan erstatte en, og man lader ikke sine kollegaer stå med håret i postkassen. Jeg fornemmer, at der er en rigtig god stemning derinde. De er gode kammerater”.

Det gode kollegaskab fremhæves ligeledes af en social- og sundhedsassistent. Hun siger: ”Gode kolleger (...) De hjælper en. De er grunden til at jeg er her. Og teamlederen er rigtig god. Chefen har jeg ikke meget kontakt med, men vores lille gruppe fungerer rigtig godt”. Hun uddyber vigtigheden af det kollegiale fællesskab ved at fremhæve det, som den mest afgørende faktor for at nedbringe sygefraværet, idet, hun mener, det er ”hvordan man har det med sine tætte arbejdskolleger”, der har betydning for, om man har lyst til at komme på arbejde.

Arbejdstidsplanlægning og ressourceprioritering

Mere konkret så spiller især arbejdstidsplanlægningen en vigtig rolle. Teamlederen forklarer:

”Jeg planlægger nok lidt mere langtidssigtet end de andre teamledere. Fx alle mine weekender har jeg dækket indtil uge syv til næste år. Så hvis der kommer nogle sygemeldinger i en weekend så skal det selvfølgelig dækkes, men jeg prøver på ikke at overbelaste pigerne. At jeg lige pludselig skal ind og pålægge dem noget arbejde (...) derfor er jeg lidt på forkant. Jeg bruger aldrig vikarbureauer. Det er der andre der gør og det er meget dyrt. Og det ved pigerne også. Hvis der er sygdom i weekenden så

skal de ringe til kollegerne og ikke til et vikarbureau. Det finder de selv ud af. Jeg arbejder ikke i weekenden, så de klarer det selv. De ringer aldrig til mig, de er dygtige og selvstændige”.

Langtidsplanlægningen, det gensidige samarbejde og ansvarsfølelsen hos medarbejderne har en stor positiv effekt på gruppens daglige arbejde. Vagtplanerne er fastlagt lang tid frem, og det er således muligt både at undgå over- og underkapacitet samt at imødekomme medarbejdernes ønsker til fri- og feriedage. Teamlederen er meget opmærksom på prioriteringen af ressourcer, for som hun forklarer: ”Hvis jeg er helt på den så er de altid søde til at hjælpe. Det er noget jeg får igen, fordi jeg gør alt for, at de kan få fri. Så man får det igen på en måde. Så også medansvar. Trivsel. Man har det godt med at gå på arbejde”; for mekanismen kan også være negativ, teamlederen siger: ”Når der er mange sygdommeldinger så bidder det sig selv i halen, for så bliver de andre syge af at løbe for stærkt”.

Teamlederens åbne dør

Et andet konkret og håndgribeligt tiltag er teamlederens princip om, at hendes dør altid står åben og at hun ikke kunne ”drømme om at lukke den”. Hun siger:

”Den er kun lukket ved private møder. Det er indbydende at den står åben og de benytter sig også af det. Hvis den var lukket ville jeg også føle mig helt uden for. Det giver de også udtryk for, at de er glade for. Det betyder meget for mig at pigerne er glade for at gå på arbejde og har en god mavefornemmelse”.

Medarbejderne sætter pris på at døren er åben; de oplever at, de ”er meget tæt på”, at teamlederen er med i hvad der sker i gruppen. Hun kender brugerne og lytter til, hvis der er problemer. En medarbejder siger: ”Det betyder meget, at hun sidder så tæt på. Hun hører os og rent fysisk er hun der. Man kan bare råbe til hende. Hun får mange detaljer med”. En social- og sundhedshjælper siger:

”Og så har vi en god leder. Hun har også det der menneskekendskab, som jeg nok også selv er i besiddelse af, med at kunne spotte hvis der er nogle der har det svært. Der kan godt være perioder, hvor man har det svært og det er hun enormt god til at fange og tage hensyn til”.

Reglen med ”den åbne dør”, skal således både forstås konkret og i overført betydning, da det både handler om, at lederen er opmærksom og lydhør, men samtidig at hun er konkret tilstede og tilgængelig.

Sygefraværspolitik

Der er ensartede retningslinjer for alle ansatte. Den sygemeldte er forpligtet til at kontakte arbejdspladsen og de enkelte sygdomsforløb følges tæt. Teamlederen siger:

”Efter tre dage skal de kontakte mig og fortælle hvordan det går. Og hvis de ikke gør det så ringer jeg. Derefter aftaler vi hvad der skal ske, det kommer an på sygdommen. Og ved længere sygdom har vi samtaler (...) efter ti sammenhængende dage, så skal vi udfylde et skema omkring årsagen og fremtidige aftaler osv. Og så er der vist en samtale mere og så er der rundbordssamtale”.

Ledelsen har således stort fokus på sygefraværspolitikken, var glade for den og gav udtryk for at den var effektiv.

Kommunikation og vidensdeling

Alle social- og sundhedsassistenter har en pda-mobiltelefon, hvor de fører journal over deres borgere, dvs. indtaster udførte opgaver, hvilken medicin de har givet og lignende sygeplejeopgaver, generelle bemærkninger og eventuelle ændringer. Alle ansatte, dvs. både social- og sundhedsassistenter og –hjælpere kunne læse informationerne i pda-kommunikationssystemet, men det var kun assistenterne, der kunne tilføje eller ændre oplysningerne, hvilket gav en form for dobbelt system, hvor der samtidig blev opført oplysninger i et lille ringbind, som lå i brugernes hjem. Ringbindene skulle afskaffes på længere sigt. Alle var glade for ordningen med pda-mobiltelefonerne, fordi de hele tiden havde adgang til relevante oplysninger om en given borger. Den øgede faglighed giver medarbejderne en tryghed i deres dagligdag og er med til at øge arbejdsglæden, hvilket forebygger sygefravær.

Opgavefordeling

Desuden er der flere tiltag, blandt andet fra teamlederens side, specifikt rettet mod udfordringerne i det fysiske arbejdsmiljø. Eksempelvis forklarer hun, hvorfor det er social- og sundhedshjælperne der er mest syge. Hun siger: ”Jeg prøver så vidt muligt ikke at give assistenterne rengøring for det

er deres faglige niveau jeg tænker på. Også for at holde på dem. Så det er hjælperne der gør rent, det er dem, der har det hårdeste arbejde fysisk. Assistenterne får så andre opgaver”.

Social- og sundhedsassistenterne har en 2½ år lang uddannelse, som omfatter grundlæggende uddannelse i fysiologi, farmakologi og andre sygeplejerelaterede opgaver. De må dosere og give medicin og varetager fx ofte sårpleje og lignende. Men social- og sundhedshjælperne har en 1-årig uddannelse og deres ansvarsområder er tilsvarende mindre. De varetager oftest rengøring og personlig pleje; dvs. at hjælpe borgere i bad, hjælpe dem op og i seng, give dem tøj på, etc.

Tiltag specifikt rettet mod udfordringerne i det psykiske arbejdsmiljø

Både ledelse og medarbejde var opmærksomme på at det psykiske arbejdsmiljø kan være belastende. Flere af de ældre som serviceres kan optræde truende eller det kan på anden måde opleves ubehageligt for medarbejderne at komme i deres hjem. Teamlederen siger:

”Det er også psykisk hårdt. Man skal rumme mange svage borgere, der er meget ensomme. Vi kommer ud til mange forskellige brugere der både er aggressive, kede af det, vrede osv. Fx gør vi rent ved en der er meget uhygiejnisk og der kommer vi to mennesker hver dag og det er rigtig slemt og ulækkert. Ham må vi joke lidt om for at overleve. De er gode til at hjælpe hinanden”.

Medarbejderne har generelt den holdning, at de tunge opgaver eller vanskelige borgere skal fordeles ligeligt og at det er vigtigt at aflaste hinanden, ligesom de mener, at man som ansat har et medansvar for at forebygge stress. En social- og sundhedsassistent siger: ”Det er vigtigt at sige fra, man skal ikke føle det som et nederlag, hvis man siger fra. Man må også selv melde ud, hvis man får for travlt. Teamlederen er meget lydhør over for det”.

Case 4: Hæmatologisk afdeling, Medicinerhuset i Aalborg

Medicinerhuset er en relativt nybygget sektion af Aalborg Sygehus Syd. Sektionen samler syv medicinske afdelinger; casestudiet er udført på hæmatologisk afdeling. Afdelingen er normeret til 23 sengepladser og har 35 ansatte i plejegruppen fordelt på 30 sygeplejersker og fem social og sundhedshjælpere/-assistenter.

Hæmatologisk afdeling behandler patienter med blod- og lymfekirtelsygdomme, det vil sige sygdomme som lymfekræft, leukæmi og en række andre ondartede kræftformer og tilstande. Behandling af hæmatologiske sygdomme omfatter bl.a. kemoterapi, immunterapi eller knoglemarvstransplantation udover omfattende sygepleje, ofte suppleret med fysioterapi og vejledning fra en diætist. En del af sygdommene er kroniske og patienterne har derfor ofte gentagne længerevarende indlæggelsesforløb, ligesom der hyppigt er terminale patienter.

Udvikling i sygefravær fra 2005 til 2008

Medicinerhuset som helhed har et langt lavere sygefravær end andre hospitaler, blandt andet fordi de meget bevidst har arbejdet med det fysiske arbejdsmiljø. Plejepersonalets sygefravær faldt med 35 % på de medicinske afdelinger, som flyttede ind i det nye byggeri. Før indflytningen var sygefraværet for det samlede plejepersonale på 6,6%, mens det faldet til 4,3% efter indflytningen i 2005.

Sygefraværet på hæmatologisk afdeling er vist i tabel 33²⁵

| Tabel 33 | Præsterede timer | Sygdom i timer | Sygdom i procent |
|-----------------|------------------|----------------|------------------|
| 2005 | 57.632 | 4.666 | 8,1 % |
| 2006 | 59.137 | 2.331 | 3,9 % |
| 2007 | 57.626 | 2.553 | 4,4 % |
| 2008, jan-okt | 42.308 | 2.518 | 6,0 % |

Hæmatologisk afdeling har således et sygefravær på under fem procent, hvilket er lavt for området og meget gennemsnitligt for Medicinerhuset generelt²⁶. Afdelingen havde på besøgstidspunktet to langtidssygemeldinger, hvilket var usædvanligt. Oversygeplejersken kommenterede det således: ”Jeg synes ikke langtidsfravær er en problematik. Altså når det er, så er det jo nogle veldefinerede problemer folk står i og det er jo hvad det er og det tager sin tid”. Afdelingen har ganske lidt korttidsfravær.

Konkrete tiltag

²⁵ Det skal til tabellen oplyses, at antallet af sygdomstimer i 2008 er det samme som i 2007, men antallet af præsterede timer er langt lavere pga. sygeplejekonflikten i foråret 2008. Det giver en højere procentsats, selvom der reelt ikke er tale om et højere sygefravær.

²⁶ Gennemsnittet for plejepersonalet ansat i sengeafsnit er 6,4% for hele Medicinerhuset.

Den primære faktor i nedbringelsen af sygefraværet i Medicinerhuset har været en gennemgribende forbedring af det fysiske arbejdsmiljø i kombination med strukturelle tiltag og initiativer i forhold til det psykiske arbejdsmiljø, trivsel og sundhedsfremme. Overordnet kan følgende fremhæves:

De fysiske rammer

Arkitektonisk er bygningen karakteriseret ved stor åbenhed, i form af atriumlignende opgange, svalegange og indvendige grønne gårde. Facaden har store glaspartier, der giver et stort lysindfald og en flot udsigt. Det fysiske arbejdsmiljø er forbedret gennem omtanke i indretningen.

Sengestuerne er større end sædvanligt og mere hensigtsmæssigt indrettet i forhold til at løfte, flytte og vaske patienter. Alle stuer er to-sengsstuer, for at give de indlagte mest muligt ro og privatliv, samt minimere smitterisikoen. En sygeplejerske siger:

”Det gør en stor forskel. Det er godt både for os og patienterne. Det er nogle bedre arbejdsforhold, fordi hvis du har fire inde på én stue, så skulle du køre rundt med sådan nogle skærme - der var ikke forhæng mellem sengene - og det er slet ikke optimalt at arbejde med fire så dårlige patienter på en stue. Der er også bedre plads hér. Du kan bedre komme til med sengeborde og så videre. Du får nogle bedre arbejdsstillinger; og det er da nogle helt andre lyse og venlige lokaler. Nyt og dejligt”.

Oversygeplejersken beskriver dog en vis frustration umiddelbart efter flytningen:

”Lige da vi flyttede herover var folk faktisk ret frustrerede over de fysiske rammer, men det var mere det dér med at man har en lang afdeling og der er kun to-sengsstuer, så man har 13 stuer og der er langt fra den ene ende til den anden, når man tager klokker eller man skal ud i medicinrummet (...) man syntes at det krævede flere ressourcer personalemæssigt at flytte herover, fordi tingene er lettere, når der ligger flere sammen (...) nu synes man mere, at det er nogle lyse rammer og det er dejligt for patienterne, nogle store stuer og nogle gode badeværelser. Nu kan man se alle fordelene”.

Desuden er udluftningssystemerne optimeret, så de ansatte sjældnere smittes af patienterne.

Ligesom støj- og indeklimaproblemer er forsøgt minimeret. Blandt andet er det sædvanlige system, hvor patienterne kan ringe efter en sygeplejerske på en klokke, erstattet af mobiltelefoner, hvor

patientens opkald går direkte til dennes personlige sygeplejerske. En sygeplejerske forklarer fordelene således:

”At der ikke hele tiden er klokker der ringer, gammeldags klokker som på en sengeafdeling. Det har jeg aldrig tænkt på, at det forstyrrede mig. Jeg har jo været sygeplejerske fra 1970; og indtil for tre år siden der har jeg altid hørt på klokker, der ringede. Og jeg har slet ikke tænkt på, hvor dejligt det ville være, hvis det ikke var sådan. Der er mere ro”.

De mere støjende og urolige aktiviteter er ud fra samme princip placeret i de nederste etager, hvor der færdes mange mennesker, så der sikres mest mulig ro på sengeafdelingerne.

Sygefraværspolitik

Medicinerhuset som helhed har en standardiseret fraværspolitik med indkaldelse til fraværs- og opfølgningssamtaler. Ved over en uges fravær tager ledelsen kontakt til den sygemeldte, og den sygemeldte indkaldes til en samtale ved over to ugers sammenhængende fravær eller mere end fire sygdomsperioder på et år. Den løbende kontakt aftales mellem lederen og den sygemeldte.

Oversygeplejersken forklarer:

”Det er jo meget individuelt i forhold til hvad sygefraværet handler om, hvor tit man har samtaler og hvad der skal ske i relation til det (...) jeg er jo ikke interesseret i at miste mine medarbejdere, vi skal bare finde en måde, hvor de kan være på arbejdet og der er selvfølgelig også en balance i, at de hensyn, der tages til den enkelte medarbejder, skal kunne håndteres i forhold til de øvrige medarbejdere. Hvis man får for mange der skal tages særhensyn til, så bliver det jo også en belastning for resten af medarbejderstaben”.

Medindflydelse og dialog

Ledelsen har i dialog med de ansatte ændret på arbejdsgangene i forhold til arbejdstilrettelæggelsen i forbindelse med stuegang, opgavefordelingen og vagtplanlægningen for at imødekomme medarbejdergruppens ønsker. Generelt fremhæver medarbejdere og den daglige ledelse gensidighed både i form af indflydelse og ansvar som vigtige elementer for trivslen på afdelingen.

”De [medarbejderne] har utrolig meget indflydelse selv. Det er nok noget af det, man skal arbejde rigtig meget med. Man har egentlig som medarbejder utrolig meget indflydelse på og ansvar for hvordan det hele fungerer. Man kan ikke bare tro, at der kan komme en leder og løse alting. En leder kan jo ingenting uden sine medarbejdere”.

Den dialogbaserede ledelsesstil, som bygger på gensidig forpligtigelse og tillid fremhæves af de ansatte som god, fx siger en sygeplejerske: ”Jeg er glad for hendes åbenhed og hendes enorme tillid til mit arbejde”.

Faglighed og kvalitetsudvikling

De ansatte på afdelingen har arbejdet målrettet med kvalitetsudviklingen på afdelingen, bl.a. ved at styrke sygeplejerskernes faglighed og samarbejdet mellem læger og plejepersonale.

Oversygeplejersken forklarer:

”Det handlede meget om det tværfaglige samarbejde. Det handlede meget om at turde at være i en uenighed og høre den andens synspunkter og fremlægge sine egne synspunkter og komme til en anerkendelse af, at man har nogle forskellige tilgange, men at man måske kan komme til en fælles løsning (...) Det var rigtig godt, og det startede som et tværfagligt projekt og tog egentlig udgangspunkt i stuegangsfunktionen (...) Nu har vi vores forsker til at sidde med to gange om ugen i de tværfaglige teamkonferencer, og det er også rigtig godt til at udvikle sygeplejerskerne til at få formuleret det de ser, sådan at man får en fælles forståelse af patientens situation. Så det har været nogle rigtig gode udviklingstiltag i afdelingen”.

Desuden har der været flere mindre projekter rettet mod at forbedre patientplejen, fx kostscreening. Ligesom de ansatte kan få supervision i form af ”sygeplejefaglig vejledning”; hvor de i supervisionsgrupper kan behandle tematikker de oplever som særligt udfordrende. Et tema, der fremhæves af de ansatte på hæmatologisk afdeling, er den psykiske belastning det kan være at arbejde med døende patienter. En social- og sundhedsassistent siger:

”Det kan jo også være frustrerende, fordi nogle patienter kan man jo ikke hjælpe, vi har mange, der dør. Men alligevel at man kan yde den omsorg indtil de ikke er her mere. Det synes jeg er rigtig livsbekræftende og godt”.

Dette forhold forstærkes af at sygeplejerskerne ofte kender patienterne i årevis, dog sjældent mere end fem-seks år, for som en sygeplejerske siger: ”Så er de enten døde eller raske”.

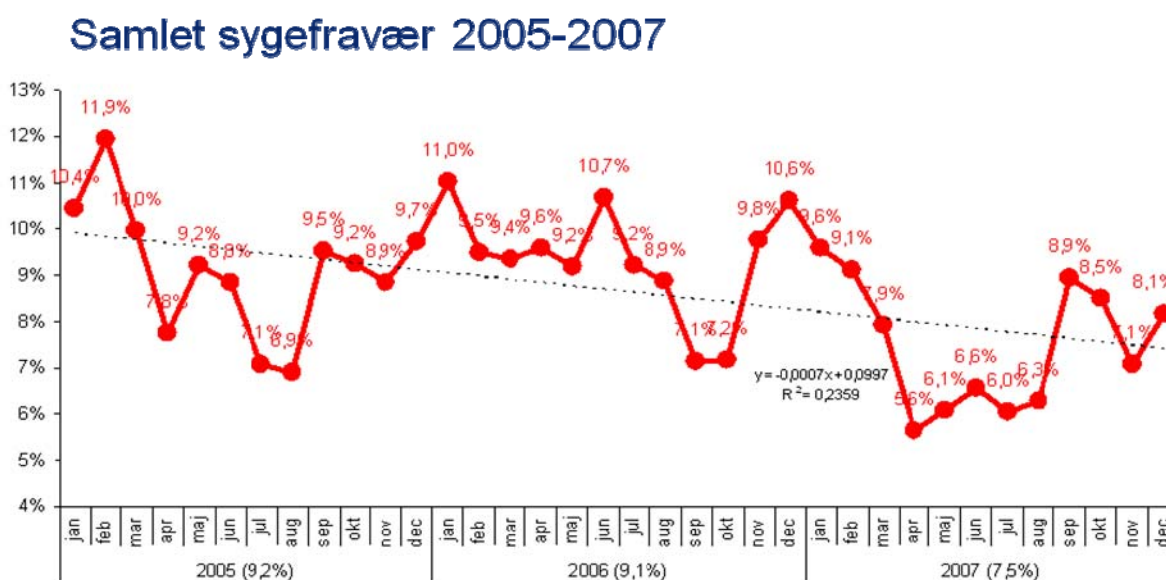
Case 5: Hjemmeplejen i Vanløse, Brønshøj og Husum

Hjemmeplejen i Vanløse, Brønshøj og Husum (VBH) servicerer 2200 borgere i lokalområderne. Der er 385 ansatte fordelt på omkring 300 social- og sundhedshjælpere og –assistenter²⁷, 52 sygeplejersker og cirka 30 ansat i ledelse og administration.

Udvikling i sygefravær fra 2005 til 2008

VBH halverede langtidsfraværet fra 2004 til 2005 fra i gennemsnit 32 dage om året til 19 dage om året, og er en af de arbejdspladser på plejeområdet, der har det laveste fravær i Københavns Kommune. Den samlede udvikling i sygefraværet i VBH er vist i tabel 34.

Tabel 34



Konkrete tiltag

²⁷ Antallet svinger lidt pga. opsigelser, barsel, mv.

Nedbringelse af sygefraværet er resultatet af en række målrettede og koordinerede tiltag, idet et systematisk arbejde med en kompleks problemstilling som sygefravær ifølge hjemmeplejeflexionen kræver en bred og flerdimensionel indsats. Hun siger:

”Sygefraværet kan ikke forklares eller reduceres med enkeltstående, generelle tiltag. Vores erfaringer viser, at der behøves en langsigtet og løbende indsats på en bred palet af fokusområder, der modsvarer sygefraværets og medarbejdernes komplekse sammensætning. Og god ledelse er i praksis at kunne administrere hele paletten og følge udviklingen og sammensætningen af fravær tæt, samt at være i stand til hurtigt at differentiere og flytte fokus organisatorisk”.

Hun fremhæver arbejdspladsens rummelige personalepolitik som en afgørende faktor. Rummeligheden er tilrettelagt efter et princip om, at personalepolitikken må tage sit udgangspunkt i de ansattes behov og ikke omvendt. Målet er at lave ”skræddersyede job” til den enkelte medarbejder i forhold til dennes livsomstændigheder og livsfase ud fra det argument, at man har forskellige udfordringer forskellige steder i livet. Det tunge fysiske arbejde betyder fx, at der må tages særlige hensyn til ældre medarbejdere, mens enlige mødre med små børn har andre vanskeligheder, der kræver hensyn.

Gruppen af ansatte består hovedsageligt af kvinder, mange har børn og en del er enlige; størsteparten har korte uddannelser som social- og sundhedshjælpere og -assistenter, mens en mindre gruppe er ufaglærte. Der er således tale om et fysisk og psykisk krævende arbejde med en lav socioøkonomisk status, der varetages af lavtuddannede kvinder, hvoraf mange er enlige mødre i alderen 25-40 år. Statistisk set en gruppe, hvor man, ifølge forskningen, kan forvente et højt sygefravær. Medarbejdersammensætning giver øget hyppighed af en række livsstilsbetingede sygdomme.

Den rummelige personalepolitik er udarbejdet på den baggrund og forsøgt tilpasset bedst muligt til medarbejdergruppen. Politikken omfatter følgende konkrete elementer:

- Ret til akut afspadsering. Medarbejderne kan ringe samme morgen og tage afspadsering i akutte situationer. Der er relativt sjældent, at de ansatte benytter muligheden, men det at have muligheden har øjensynlig en stor effekt og giver en følelse af trykthed.

- Flexibel arbejdstidstilrettelæggelse. Den enkelte medarbejder bestemmer selv hvor mange timer og på hvilke tidspunkter hun vil arbejde. Størsteparten arbejder fuld tid, men det er muligt at ændre med kort varsel, hvis de ansatte oplever ændringer fx i privatliv i form af skilsmisse, sygdom eller lignende.
- Det bliver tilstræbt at der er en afstemning mellem krav og ressourcer så den enkelte medarbejders opgaver tilrettelægges efter dennes formåen og kompetencer, fx så medarbejdere med rygproblemer ikke har tunge løft.

Den fleksible arbejdstidstilrettelæggelse betyder også, at medarbejdere kan starte op på halv tid eller fx deltage i møder under en længerevarende sygemelding. En tillidsrepræsentant siger:

”Typisk starter man med en delvis raskmelding og det kan være på to timer og det kan være på fire timer. Det kan være hvad som helst i forhold til, hvad man nu kan klare og magte. Og så får man sådan en trinvis tilbagevenden, i det omfang de langtidssygemeldte har kræfter og lyst kommer de ind og deltager i det sociale samvær omkring frokosttid og det daglig møde ved middagstid. Så man vedligeholder en kontakt til arbejdspladsen og kollegerne”.

Overordnet er formålet med den rummelige personalepolitik, at forebygge stress og nedslidning, og dermed opnå en bedre arbejdsfastholdelse blandt medarbejderne. Arbejdstidsplanlægningen tager udgangspunkt i medarbejderens situation og de vilkår medarbejderen har både arbejdsmæssigt og privat, og herigennem opnår man større fleksibilitet og en god balance mellem arbejds- og familieliv.

Kompetenceudvikling og faglighed

Der afholdes dagligt middagssamling i hver hjemmeservicegruppe. Samlingen består i et kort, fagligt fokuseret møde, hvor medarbejderne taler om de borgere, som deres gruppe servicerer. Møderne giver medarbejderne en oplevelse af, at de har et højere fagligt niveau, hvilket øger trivsel og arbejdsglæden i afdelingen. Hjemmeplejeforstanderen forklarer om middagssamlingen:

”Den er enormt afgørende. Der bliver medarbejderne styrket i at træffe nogle valg. Og de kan reflektere og udveksle erfaringer (...) de her tiltag skaber kontinuitet, fordi der sker en kollegial og faglig overlevering, dvs. at man er klædt på, når man går ud til borgerne”.

Et vigtigt led i efteruddannelsen er at forebygge nedslidning og mere overordnet kvalificere medarbejderne til de opgaver, der kan volde problemer, det kan fx være undervisning i hensigtsmæssige arbejdsstillinger og løfteteknikker. I forhold til de ansatte med kortere uddannelser arbejdes der løbende med at opgradere deres faglighed og øge deres arbejdsglæde. En tillidsrepræsentant siger:

”[Det sker] ved at udfordre folk passende, sådan at de kan få succesoplevelser og stadigvæk føle sig udfordret. Og så gør man det ved at vedligeholde deres uddannelse, man gør det ved at vedligeholde deres arbejdsmarkedsniveau, så man fortsat er attraktiv som arbejdskraft”.

Fra ledelsens side anskues faglig udvikling og efteruddannelse, som en del af arbejdsfastholdelsen. Eksempelvis tilbydes det sygeplejefaglige personale forskellige former for videre- og efteruddannelse. En sygeplejerske siger: ”Der er udviklingsmuligheder. Man kan blive sendt på kurser, så man ikke bare render i en triviell dagligdag, og der er de i ledelsen opmærksomme på at komme rundt sådan, at det ikke er de samme, der hele tiden får kurserne”. Med til kompetenceudviklingen hører således en balancering og prioritering af ressourcer, så fravær af kolleger, der er på kursus, ikke belaster de tilbageværende medarbejdere unødigt.

Sygefraværspolitik

Der er en generel sygefraværspolitik, hvor de ansatte indkaldes til fraværssamtaler ved langvarigt eller hyppigt fravær. Det er desuden almindeligt, at gruppelederne ringer til deres ansatte og spørger til forløbet. En gruppeleder fortæller:

”Jeg ringer i hvert tilfælde en gang om ugen. Jeg prøver meget at have den kontakt og oplever, at medarbejderne er glade for den, for det er noget med hele tiden at have kontakten til arbejdspladsen. Det er svært at komme tilbage når man har været væk længe”.

Dertil kommer, at de ansatte, som alle andre ansatte i København Kommunes Sundhedsforvaltning, kan gøre brug af SyFo²⁸, et tilbud hvor fysioterapeuter og psykologer giver gratis behandlinger/samtaler. Dette tilbud benyttes af mange af de ansatte.

²⁸ **SYFO** står for **SY**gefravær og **FO**rebyggelse og er et tilbud til medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune. Tilbuddet retter sig mod medarbejdere, som af en eller anden årsag mistrives, og hvor mistrivelsen påvirker medarbejdernes arbejdsindsats typisk i form af fravær.

Monitorering

Det er en fortløbende opgave at bibeholde det lave sygefravær eller om muligt nedbringe det yderligere. Vigtigheden af kontinuerligt at have fokus på potentielle vanskeligheder, nye problemstillinger og en skærpelse af de eksisterende værktøjer er en vigtig del af arbejdet med sygefravær i VBH. Der har i ledelsesgruppen over en periode været en opmærksomhed på, at forbedre de opgørelsesmetoder, der bruges til at registrere fravær. Der er blevet udviklet et styrings- og prognoseværktøj i form af en detaljeret elektronisk fraværstatistik, hvor det løbende er muligt for ledelsen at få overblik over om folk er syge eller på ferie/kursus, så det hele ”ikke bare bliver sygefravær”. Ligesom det er muligt at følge udviklingen i og differentiere fraværet; enten for en specifik gruppe, en bestemt type fravær eller lignende. Systemet hjælper ledelsen til at være opdateret og lokalisere potentielle vanskeligheder, strukturelt eller i en bestemt medarbejdergruppe. Desuden er det muligt at imødegå over- og underkapacitet.

Ledelsen begrundede udviklingsarbejdet i forhold til opgørelsesmetoderne som en forudsætning for at skabe et godt arbejdsmiljø og en større arbejdsglæde frem for som et mål i sig selv.

Hjemmeplejechefen siger:

”Det kunne være rart, som leder i det offentlige i dette felt, at denne her diskussion ikke handlede om tal og statistik, men fokuserede på noget andet som handlede om fastholdelse og trivsel. Man vil gerne skabe gode arbejdspladser, hvor folk gerne vil blive, så mål på det!”

Resultater og implementering: Hvad virker og hvor?

Gennemgangen af de fem case-arbejdspladser tydeliggør at best practice i forhold til forebyggelse og nedbringelse af sygefravær indebærer en række forskellige indsatsområder, fx arbejdstidsplanlægning og opgradering af de ansattes kompetenceniveau, og implementering af bedre hjælpemidler og begrænsning af gener i det fysiske arbejdsmiljø. Casestudierne viser imidlertid, at opbygningen og vedligeholdelsen af god arbejdspladskultur godt kan systematiseres. Godt kollegaskab og gensidig ansvarsfølelse opstår ikke tilfældigt og er målsætninger, der kan arbejdes seriøst og målrettet mod. Ligesom fraværspolitikker og kompetenceudvikling kan bruges som redskaber til at styrke eksempelvis arbejdsfastholdelsen.

Nogle tiltag er branchespecifikke, som fx oprettelsen af supervisionsgrupper for plejepersonale, der arbejder med døende patienter; eller rengøringsassistenter, der efteruddannes i at bruge et microfiber-rengøringsystem, så de mindsker risikoen for nedslidning. Andre tiltag har en mere generel karakter og kan implementeres på tværs af brancher. Disse tiltag vil blive gennemgået i det følgende.

Typer af fravær og målrettet indsats

Det, der går igen på flere af arbejdspladserne er, at ledelsen skelner mellem forskellige typer af fravær, og at de tiltag, der implementeres for at imødegå hver enkelt type differentieres, så effekten bliver størst mulig. Anskues strategierne samlet, kan fraværet opdeles i følgende overordnede typer:

- Reelt sygefravær
- Fravær pga. oplevelse af uoverkommelighed
- Diffust fravær (pjæk)

Det diffuse fravær er umiddelbart det, der er lettest at nedbringe og er vigtigt at sætte ind overfor, for som rengøringschefen i GKR, siger: ”Selvfølgelig bliver vi alle sammen syge, men vi skal bare helst ikke have sygefravær, der ikke er reelt sygefravær”. Desuden har det en stor signalværdi overfor de medarbejdere, der ikke er syge, at det har konsekvenser, hvis man bliver væk fra arbejde uden at være syg. Flere interviewede medarbejdere fremhæver det demotiverende i, at kolleger med et højt fravær ikke konfronteres og der er risiko for, at der i medarbejdergruppen opstår, hvad en hjemmeplejechef kalder ”en sygefraværskultur”. Det vil sige en holdning, hvor det er legitimt og accepteret at melde sig syg uden grund, og hvor medarbejderne retfærdiggør deres fravær ud fra argumentet: ”Hvis de andre kan, så kan jeg også”. De arbejdspladser, der har de bedste resultater, er dem, der har en stram fraværspolitik, hvor der inden for kort tid følges op på hyppig eller længerevarende sygdom. Typisk indkaldes medarbejderen til en samtale, men på de arbejdspladser, hvor samtalen suppleres af krav om fx en lægeerklæring, har det ført til et tydeligt fald i korttidsfraværet.

Fravær som skyldes, at medarbejderen oplever en uoverkommelighed i forhold til sit arbejde, beror på en midlertidig eller permanent ubalance mellem krav og ressourcer. Den rummelige personalepolitik, som de har udarbejdet i Hjemmeplejen i Brønshøj, Husum og Vanløse, er netop målrettet mod at afhjælpe en sådan ubalance. Den fleksible arbejdstidsplanlægning har til formål at afstemme arbejdskravene med den enkelte medarbejders private og familiemæssige vilkår, så en

uoverensstemmelse imødegås. Flere arbejdspladser bruger forskellige former for justering af opgavefordeling eller differentiering i arbejdsplaner og –tid, men det mest systematiserede og gennemgribende udspil er ”Den rummelige personalepolitik”.

Reelt sygefravær fx i form af kroniske sygdomme eller andre ikke-arbejdsrelaterede problemstillinger er vanskelige at imødegå. Ses der samlet på de fem case-arbejdspladser, har de dog alle i større eller mindre grad implementeret forskellige initiativer, som har til formål at fremme den generelle sundhedstilstand blandt medarbejderne, fx rygestop, trænings- og massagetilbud eller frugtordninger, ligesom der flere steder tilbydes psykologhjælp fx i forbindelse med livskriser eller lignende.

I forhold til fravær, der skyldes arbejdsrelaterede forhold, er det muligt at foretage en række forbedringer af det fysiske arbejdsmiljø. Disse tiltag er ofte branchespecifikke, da de er knyttet til de arbejdsgange og særlige udfordringer, der gør sig gældende i de enkelte brancher. Eksempler på tiltag der er mere generelt gældende er de tiltag, der har til formål at minimere smitte- og infektionsrisici eller at minimere risikoen for nedslidning ved korrekt brug af hjælpemidler.

Grænsen mellem syg eller rask

Arbejdsglæde fremhæves som en afgørende faktor for et lavt sygefravær på alle de fem studerede arbejdspladser. Rengøringschefen i GKR, siger:

”Hvis rengøringslederen kan fornemme, at der er et mønster i korttidsfraværet, hvor medarbejderen ikke rigtig kan forklare det. Så kan det ende med, at vi kræver en lægeerklæring fra første sygedag og så stopper fraværet. Men problemet er ikke løst. For den manglende motivation til at komme på arbejde eksisterer stadigvæk”.

Mekanismen er enkel: Hvis medarbejderne er glade for at komme på arbejde, bliver de mindre syge. Det skyldes dels, at de trives og dels at deres motivation for at møde op trods småkavanker som fx hovedpine eller en forkølelse er højere. Teamlederen for gruppe 3 i Østerbycentret siger:

”Når de ringer og melder sig syge med en forkølelse, så kan jeg ikke altid forstå det. Og det ved de godt (...) jeg bliver ikke selv hjemme på grund af en forkølelse. Og den attitude smitter nok af på dem. En medarbejder har engang givet udtryk for, at hun ville ønske, at jeg ønskede god bedring. Det tog jeg til efterretning”.

Arbejdsglæde defineres forskelligt fra person til person, men gennemgående motiveres de ansatte af godt kollegaskab, et højt fagligt niveau, meningsgivende arbejde og oplevelsen af tilhørsforhold til arbejdspladsen. Alle fem case-arbejdspladser arbejder systematisk med eksempelvis kompetenceudvikling, styrkelse af sammenhængskraften i den kollegiale gruppe og medarbejderindflydelse. Det er vigtigt i denne sammenhæng at understrege, at godt kollegaskab ikke nødvendigvis er en konsekvens af et fagligt hverdagsamarbejde, evt. suppleret med socialt samvær. Hjemmeplejeforskeren i BHV siger:

”Det handler om, at vi er her på arbejdspladsen og lytter til hinanden. Vi har forskellige styrker og forskellige energier afhængigt af, hvor vi er i livet. Hvis det ikke er rammesat bliver det hverken fugl eller fisk (...) det er de stærke der fylder i de lange kaffepauser. De svage får ikke fat (...) jeg mener at det er vigtigt med nogle relationelle rammer med fokus på fagligheden. Det er det de har brug for, og det skaber kvalitet. De fleste medarbejdere vil gerne gøre deres arbejde godt og vide hvad det er, man går ud til”.

Opbygningen af godt kollegaskab lykkedes generelt bedst på de arbejdspladser, hvor det tager udgangspunkt i den fælles faglighed.

Ledelse

Det er gennemgående for alle fem casesteder, at ledelsen, enten som en enkelt leder eller som et ledelsesteam, er afgørende for igangsættelse og fortsat udvikling af diverse initiativer og værktøjer til at forebygge og eventuelt nedbringe arbejdspladsernes sygefravær. Det gælder generelt for ledelsestilgangen på de fem arbejdspladser, at den er medarbejderinddragende og tager udgangspunkt i dialog og medansvar. Dog stadig med en klar ansvarsplacering og beslutningskompetence hos ledelsen, men ikke defineret som en topstyret envejskommunikation. Oversygeplejersken fra Hæmatologisk Afdeling motiverer sin ledelsesforståelse og –praksis således:

”Det er jo inden for rammer at man skal finde løsningerne og man kan som ledelse ikke løse tingene alene. Man er nødt til at have nogle pejlemærker på, hvad det der er svært og få nogle bud på, hvad det er man kunne tænke sig skulle gøres anderledes. Hvad kan vi evt. gøre for at lette hverdagen for alle. Man kan nemt som ledelse komme til at synes at ’nu gør vi det her’ og det er måske slet ikke det, medarbejderne

synes er problemet. Så man er nødt til at have et samarbejde omkring at få tingene til at fungere”.

Desuden har ledelsen på flere af de studerede arbejdspladser tilstræbt at optimere de opgørelsesmetoder, hvormed sygefravær registreres. Systemer, hvor det er muligt at opdele fraværet på fx type, medarbejdergruppe eller årsag, fungerer generelt som vigtige værktøjer til at målrette indsatsen for at nedbringe sygefraværet og kontinuerligt følge udviklingen i fraværets sammensætning og varighed. Rengøringschefen i GKR siger:

”Det handler ikke om projekter. Det er ikke det, der er vigtigt. Det vigtige er, at man hele tiden har fokus på det. Og at man hele tiden er undersøgende: Hvad sker der med vores fravær, hvad skyldes det? Og så kan det godt være man gentager spørgsmålene.

”Gud det undersøgte vi også for tre år siden”. Det er lige meget, fordi det kan være du får nye svar nu, der sker jo noget hele tiden”.

Konkluderende kan det således fastslås at forebyggelse og nedbringelse af sygefravær indebære en multidimensionel tilgang, hvor der arbejdes på en række niveauer samtidig. En tilgang der baserer sig på en systematisk analyse af de faktiske muligheder fx for optimering af arbejdsgange, arbejdstilrettelæggelse og opkvalificering af medarbejderne; men lige så vigtigt en tilgang, hvor en hverdagsnær forståelse og imødekommelse af de udfordringer medarbejderne oplever arbejdsmæssigt og privat prioriteres højt.

Kapitel 6: Lovgivning & tal i Danmark, Sverige & Norge²⁹

I dette kapitel skal vi først se nærmere på den danske sygedagpengelovgivning samt relevante områder af anden lovgivning. Udviklingen i sygefraværet de seneste år behandles og vi fokuserer ind på langvarigt sygefravær, hvor udvikling i sagsvarighed, risikofaktorer og diagnosefordeling blandt andet præsenteres. Slutteligt betragter vi praksis på området, specifikt i forhold til nylige lovændringer, der har haft betydning for hvordan sagsbehandlingen af sygedagpengesager i kommunerne foregår. Et kortere sammenlignende afsnit om sygefravær, sygedagpengesystem og SDM i henholdsvis Danmark, Norge og Sverige knytter an til mere dybdegående afsnit om sygedagpengesystemet og relaterede områder i Sverige og Norge.

Danmark

Sygedagpengelovgivningen

Fælles for alle SDM er, at de hører under den danske sygedagpengelovgivning, der er juridisk ramme for bestemte kategorier af personer, som er uarbejdsdygtige på grund af sygdom³⁰. Loven omfatter hovedgrupperne: lønmodtagere, selvstændige erhvervsdrivende samt ledige med ret til arbejdsløshedsunderstøttelse og har til formål:

- 1) at yde økonomisk kompensation ved fravær på grund af sygdom
- 2) at medvirke til, at den sygemeldte genvinder sin arbejdsevne og vender tilbage til arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt
- 3) at understøtte samarbejdet mellem kommuner, virksomheder og andre relevante aktører for at nedbringe og forebygge sygefravær

(§1 stk.1-3, lov om sygedagpenge)

²⁹ Analysen og præsentationen af sygedagpengelovgivningen er primært udarbejdet af Signe Vikkelsø, der har været tilknyttet projektet.

³⁰ For borgere der er sygemeldt før 3. juli 2006 gælder Bekendtgørelse af lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel, mens borgere sygemeldt efter 3. juli 2006 er omfattet af Lov om sygedagpenge.

Her vil fokus i gennemgangen af lovgivningen ligge på lønmodtagerforhold, da fokus for rapporten er offentligt ansatte lønmodtagere. Kravet for at opnå ret til sygedagpenge er, at den pågældende lønmodtager opfylder betingelsen om uarbejdsdygtighed (§ 7, lov om sygedagpenge).

Forløb til og med 52 uger

Ved en lønmodtagers sygdom betaler arbejdsgiveren løn eller sygedagpenge de første 21 dage (§ 30, lov om sygedagpenge)³¹. Ved sygefravær over 21 dage er det kommunen, der overtager ansvaret for udbetalingen af sygedagpenge forudsat, at den sygemeldte også opfylder beskæftigelseskravet i forhold til kommunen. En meget stor del af lønmodtagerne er dækket af overenskomster på arbejdsmarkedet der betyder, at de er berettiget til løn under sygdom. I disse tilfælde er det arbejdsgiveren, der modtager refusion fra kommunen svarende til sygedagpengene og arbejdsgiveren afholder selv udgiften til det beløb, som forskellen mellem den udbetalte løn og de refunderede sygedagpenge udgør.

For udgifter til sygedagpenge, der ligger inden for de første fire ugers sygefravær, får kommunen 100 % refusion af staten, mens refusionen kun er på 50 % af udgifterne til sygedagpenge for sygefravær mellem fem og 52 uger (BM 2008:31; § 62, lov om sygedagpenge). Efter 52 ugers sygefravær afholdes udgifterne til sygedagpenge alene af kommunen. Nærværende undersøgelse behandler netop SDM, der har været sygemeldt imellem fem og 52 uger og som kommer fra beskæftigelse. Hvis en borger bliver sygemeldt fra forsikret ledighed eller fleksjob, er det den pågældende kommune, der udbetaler sygedagpengene fra første dags sygdom.

Kommunerne er lovgivningsmæssigt forpligtede til at foretage opfølgning på en sygedagpengesag inden udgangen af 8. sygeuge og herefter mindst hver 8. uge, dog hver 4. uge hvis det vurderes, at der er risiko for, at den sygemeldte borger mister tilknytningen til arbejdsmarkedet (§13 stk. 2-4, lov om sygedagpenge). Disse opfølgninger har til formål at vurdere om den sygemeldte stadig opfylder uarbejdsdygtighedskravet, som er nødvendigt for at have ret til sygedagpenge, at sikre en så hurtig som mulig tilbagevenden til arbejdsmarkedet samt at vurdere om der er behov for arbejdsprøvning, revalidering, fleksjob eller førtidspension (§ 8-17, lov om sygedagpenge).

³¹ Pr. 02.06.2008 er lovgivningen ændret således at arbejdsgiverperiode er udvidet fra 15 til 21 dage (Lov om ændring af lov om sygedagpenge).

Udbetalingen af sygedagpenge ophører almindeligvis, hvis en borger har fået udbetalt sygedagpenge i 52 uger inden for de sidste 18 måneder (§ 24, lov om sygedagpenge). I særlige tilfælde har en sygemeldt borger mulighed for at få forlænget sin ret til sygedagpenge. Dette er tilfældet hvis det vurderes, at et af en række krav er opfyldt (§ 27-29, lov om sygedagpenge), eksempelvis hvis det er sandsynligt, at borgeren kan blive revalideret og vende tilbage til det ordinære arbejdsmarked eller når arbejdsprøvning eller andet er nødvendigt for at vurdere borgerens arbejdsevne. Af forlængelsesmulighederne er uafklaret arbejdsevne den hyppigste årsag til forlængelse af ret til sygedagpenge, i året juli 2006 – juli 2007 blev ca. 4% af sygedagpengeforløbene således forlænget ud fra et af disse kriterier. Også i året juni 2006-juni 2007 blev 2.900 af omkring 800.000 sygedagpengeforløb årligt stoppet på grund af at de nåede 52 uger og at der ikke var mulighed for forlængelse efter ovenfor nævnte kriterier. 2.600 forløb blev stoppet da mulighed for forlængelse ophørte (BM 2008:86,89).

Relevante nylige lovgivningsændringer

I juni 2005 blev der, i forbindelse med ”lov om ændring af lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel, lov om arbejdsskadesikring og lov om retssikkerhed og administration på det sociale områdes” ikrafttrædelse, indført forskellige bestemmelser for at nedbringe sygefraværet via fokus på hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet efter sygdom. Af konkrete tiltag blev det eksempelvis indført at inddele de sygemeldte borgere i tre opfølgingskategorier i forhold til en vurdering af sygdommens forventede varighed og den sygemeldtes risiko for at miste tilknytning til arbejdsmarkedet. Af andre tiltag kan nævnes en obligatorisk første opfølgningssamtale senest i 8. fraværsuge, brug af nye lægeerklæringer og obligatoriske oplysningsskemaer, udarbejdelse af obligatoriske opfølgingsplaner ved 2. opfølgning, hyppigere opfølgning i ”risikosager” (visitationskategori 2) samt fokus på mulighed for delvis tilbagevenden til arbejdet. En ny lov om sygedagpenge trådte i kraft i juli 2006, og alle de i 2005 vedtagne bestemmelser blev videreført i den nye lov fra 2006 (Høgelund 2008:24). En lovgivningsændring i en tilstødende lovgivning kan desuden skabe dønninger ind i tilgrænsende områder, eksempelvis i fleksjobordningen og i forhold til arbejdsskadesager (BM 2008:75). BM nævner desuden, at det øgede pres på ledige i en højkonjunkturtid, hvor der er et stort ønske om at få flere i arbejde, både kan være medvirkende til øget beskæftigelse eksempelvis via personer, der tidligere var på kontanthjælp og dermed ikke tidligere var indbefattet i gruppen med ret til sygedagpenge. Blandt andet derfor kan øget beskæftigelse også give flere udgifter til sygedagpenge (BM 2008:75). I materialet, der ligger til

grund for denne rapport nævner både sagsbehandlere og læger denne problematik, idet de påpeger, at ændringer i omfanget af den jobsøgningsaktivitet der kræves fra ledige for at de opfylder prædikatet: ”aktivt jobsøgende”, har affødt en helt ny kategori af sygemeldte: ”de stressede ledige”. Det er ledige der føler sig så pressede af systemets krav, at de bliver sygemeldt, typisk med stress.

Revalidering, fleksjob & førtidspension

Mange af langtidssygemeldte SDM med diffuse lidelser kategoriseres som ”risikosager” (visitationskategori 2), det vil sige sager med øget risiko for at blive langvarige og for at borgeren mister tilknytningen til arbejdsmarkedet. Derfor er det relevant at se på nogle af de muligheder, som sagsbehandlerne har i forhold til SDM, som ender med at blive vurderet til at have begrænset arbejdsevne. Revalidering, fleksjob og førtidspension er tiltag sagsbehandlerne i kommunerne kan bruge i de tilfælde, hvor en sygemeldt borger ikke, eller ikke umiddelbart, kan vende tilbage til arbejdsmarkedet på almindelige vilkår på grund af begrænsninger i arbejdsevnen.

Revalidering

I de tilfælde hvor SDM ikke umiddelbart kan vende tilbage til arbejdsmarkedet på almindelige vilkår på grund af begrænsninger i arbejdsevnen (§46, lov om aktiv socialpolitik) kan sagsbehandlerne i kommunerne visiterer til revalidering. Formålet er at borgeren ender med at kunne varetage et job på normale løn- og ansættelsesvilkår (§47, lov om aktiv socialpolitik). Revalidering kan have form af virksomhedspraktik med henblik på ansættelse i pågældende virksomhed eller i en virksomhed med tilsvarende arbejdsfunktioner. Der kan blandt andet også være tale om revalidering i form af uddannelse inden for en anden branche, således at borgeren herigennem opnår fuld arbejdsevne. I 2007 var 0,6 % af arbejdsstyrken (målt i fuldtidspersoner) i revalideringsforløb (se bilag 10A).

Fleksjob

Borgere kan visiteres til fleksjob, hvis det efter afprøvning af alle relevante tilbud og foranstaltninger for at få borgeren tilbage i beskæftigelse på ordinære vilkår vurderes, at borgeren har en varigt nedsat arbejdsevne og derfor ikke kan indgå i beskæftigelse på normale vilkår (§ 70, lov om aktiv beskæftigelsesindsats). Arbejdspladsen får ved ansættelse af borger i fleksjob refunderet en del af lønudgifterne fra kommunen, halvdelen eller to tredjedele af lønnen, afhængigt af graden af nedsat arbejdsevne (§ 71, lov om aktiv beskæftigelsesindsats). Fleksjobordningen blev

indført 1. januar 1998 (BM 2005:6). I 2007 var 1,6 % af arbejdsstyrken (målt i fuldtidspersoner) i fleksjob (se bilag 10B).

Førtidspension

I de tilfælde, hvor en borger hverken kan indgå i et revalideringsforløb eller bestride et fleksjob, kan sagsbehandlerne indstille borgeren til førtidspension, men der skal være tale om en borger med varigt nedsat arbejdsevne af en sådan grad, at det vurderes, at borgeren ikke er eller vil blive i stand til at arbejde, samt når muligheder som revalidering og fleksjob er udtømte (§ 16 & § 19, lov om social pension). I 2007 var 8,6 % af arbejdsstyrken (målt i fuldtidspersoner) på førtidspension (se bilag 10C).

Det danske sygefraværs udvikling de seneste år

Udbetaling af sygedagpenge i ord og tal

Det totale sygefravær i Danmark udgjorde i 2006 omkring 150.000 sygemeldte personer pr. dag. Af det samlede sygefravær udgør forløb på offentligt finansierede sygedagpenge, det vil for lønmodtagere i 2006 sige forløb på over to³² ugers sygefravær³³, omkring 60% af det samlede sygefravær (BM 2008:4). De resterende 40% er forløb under to ugers varighed, som er arbejdsgiverfinansieret. Det samlede sygefravær er steget de seneste år, og fra 2004 til 2007 er antallet af SDM desuden steget med 18 %. Det skal i den forbindelse dog nævnes at flere samtidig er kommet i arbejde i perioden, og derfor er antallet af personer med ret til sygedagpenge steget, eksempelvis ved kontanthjælpsmodtagere der overgår til beskæftigelse. Men det skønnes ikke at stigningen i antallet af SDM alene kan tilskrives dette. Stigningen skyldes dels at flere bliver syge, især flere kvinder, men også at varigheden af sygdomsperioderne er generelt blevet længere (BM 2008:37-38,40). I takt med at sygefraværet er steget, er de offentlige udgifter til sygedagpenge også steget de seneste år:

Tabel 35: Offentlige udgifter til sygedagpenge 2002-2007 (pl-2007)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 ¹⁾ | 2007 ²⁾ |
|--------------|------|------|------|------|--------------------|--------------------|
| Udgifter til | 11,3 | 11,7 | 11,8 | 11,6 | 12,1 | 13,8 |

³² Før lovændring i 2007 hvor arbejdsgiverperiode udvidedes til 15 og lovændring i 2008 hvor arbejdsgiver periode ændredes til 21 dage.

³³ Samt eksempelvis sygefravær fra forsikret ledighed og personer i fleksjob, hvor det offentlige udbetaler sygedagpengene fra 1. sygedag.

sygedagpenge i mia. kr.

Anm.: 1) Regnskabstal 2006, 2) Skøn over forventede udgifter til sygedagpenge ifølge Ændringsforslag til forslag til Finanslov 2008.

Kilde: Ændringsforslag til forslag til Finanslov 2008 og Danmarks Statistik – Statistikbanken.dk.

(Bearbejdet tabel fra BM 2008:31)

Langvarige sygedagpengeforløb/sygefravær

Langtidssygemeldte SDM med diffuse lidelser er omdrejningspunktet for denne rapport. Det er netop de langvarige sygedagpengeforløb, der i de seneste år har været i kraftigst vækst (BM 2008:5, 31). Udviklingen er skitseret i tabel 36.

Tabel 36: Sygedagpenge. Antal afsluttede forløb fordelt på varighed (offentligt finansierede sygedagpengeforløb)

| År | under 2 uger | 2-4 uger | 5-13 uger | 14-26 uger | 27-39 uger | 40-52 uger | over 52 uger | I alt |
|------|--------------|----------|-----------|---------------|---------------|------------|--------------|---------|
| 2004 | 445.100 | 74.356 | 78.706 | 30.599 | 13.892 | 9.537 | 20.387 | 672.577 |
| 2005 | 458.154 | 75.384 | 79.879 | 31.954 | 14.258 | 9.605 | 19.963 | 689.197 |
| 2006 | 474.812 | 77.755 | 83.225 | 35.295 | 15.638 | 9.960 | 19.263 | 715.948 |
| 2007 | 477.568 | 75.052 | 83.493 | 37.486 | 16.107 | 9.908 | 20.317 | 719.931 |

Kilde: KMD's sygedagpengeregister.

Anm.: Pr. 1. juni 2008 er arbejds giverperioden øget fra 15-21 dage. Dette vil isoleret set medføre færre og kortere sygedagpengeforløb. pga. efterregistreringer vil specielt den seneste måned der findes data for blive øget ved næste opdatering. Et forløb afsluttet i perioden er defineret som et forløb, der er i gang mindst en dag i den viste periode og ikke er i gang dagen efter periodens slutning.

Det ses ud fra tabel 36, at det er antallet af forløb med en varighed mellem 14 og 39 uger der har været i kraftigst vækst fra 2004 til 2007. Dette har Beskæftigelsesministeriet fundet bekymrende idet, man af erfaring ved, at jo længere sygemeldinger, jo sværere er det at komme tilbage på arbejdsmarkedet, og jo større er risikoen for at ende på førtidspension (BM 2008:5,31). Helt konkret viser tallene fra 2006, at efter et år på sygedagpenge ender knap hver femte SDM på førtidspension (Ørbæk 2008:2). I den forbindelse er det relevant at betragte gruppen af langtidssygemeldte borgere. Er der bestemte faktorer, der øger risikoen for at blive langtidssygemeldt? Dette spørgsmål besvarer Labriola et al. i gennemgangen af dansk sygefraværskforskning i perioden 2003-2007 baseret på registeroplysninger. De har fundet, at der eksisterer visse risikofaktorer i relation til langtidssygefravær (sygefravær > 8 uger). Det viser sig blandt andet, at kvinder har 36 % højere risiko for langtidssygefravær end mænd, at personer uden uddannelse har fire gange højere risiko

end personer med en lang videregående uddannelse, at det typisk er personer i 40'erne der bliver langtidssygemeldt samt at det branchemæssigt er daginstitutions- og dagplejepersonale, rengørings-, ejendoms- og køkkenpersonale, sundhedsplejepersonale og ufaglærte arbejdere, der har højest risiko for langtidssygefravær (Labriola et al. 2007:26).

I forhold til parameteren køn og lange sygemeldinger, er der, som ovenfor nævnt, en overrepræsentation af kvinder blandt de langtidssygemeldte generelt. Det risikobillede som Labriola et al. optegner stemmer overens med det billede, der i denne rapportes interviews med sagsbehandlerne og SDM tegnes af gruppen af langtidssygemeldte SDM med diffuse lidelse, som er det specifikke genstandsfelt for denne undersøgelse. Sagsbehandlerne er enige om, at der er langt flere kvinder end mænd i denne kategori, at de typisk enten er ufaglærte og/eller arbejder i sundheds- og plejesektoren. Tilsvarende er de SDM, som vi har interviewet, altovervejende kvinder, der arbejder inden for sundheds- og omsorgsområdet.

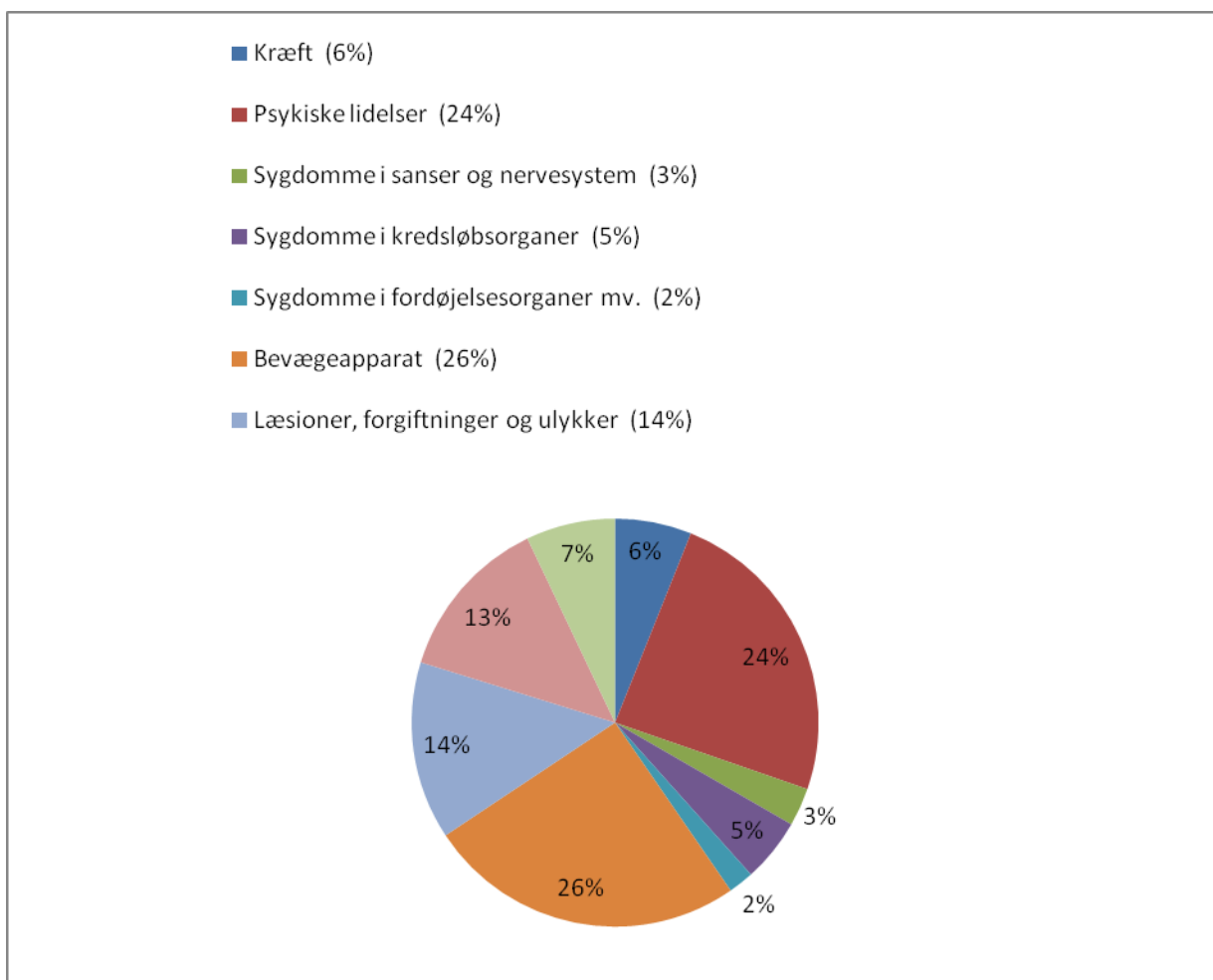
Langvarige sygedagpengeforløb, førtidspension og tilbagevenden til arbejdsmarkedet i forhold til diagnoser

Diagnosefordeling ved langvarige sygedagpengeforløb

Det er interessant at kigge på hvilke diagnoser de langtidssygemeldte sygemeldes på baggrund af, for at få et mere detaljeret billede af hvem det er, der er i risiko for at få et langvarigt sygefraværforløb. Der eksisterer i Danmark ikke en central registrering af diagnoser for sygemeldte³⁴ (BM 2008:95; Høgelund et al. 2008:143), derfor er det vanskeligt generelt og over tid at sige noget om forholdet mellem langvarige sygedagpengeforløb og diagnoser. Der foreligger dog tal fra en survey fra 2007 over langvarige sygedagpengesager, som figur 3 er udarbejdet på baggrund af.

³⁴ Det eksisterer dog et diagnoseregister, som de alment praktiserende læger i dag frivilligt kan indberette diagnoser til. Man er i gang med at forberede og forventer at implementere en obligatorisk registrering af relevante diagnoser inden for en tidsramme på 2-3 år, såfremt der kan indgås aftale herom ved de næste overenskomstforhandlinger (BM 2008:96).

Figur 3: Langvarigt sygemeldte fordelt på diagnosegrupper



Kilde: Særkørsel fra SFI baseret på survey fra 2007 over 756 langvarige sygedagpengesager (BM 2008:95). Tal brugt i figur 3 stammer fra tabel 19 i BM 2008 (BM 2008:95).

På figur 3 ses det, at bevægeapparatsproblemer (25 %) og psykiske lidelser (24 %) er de hyppigst optrædende diagnoser blandt de langtidssygemeldte SDM, hvis besvarelser surveyen bygger på. Dette er et øjebliksbillede fra 2007, ikke desto mindre bekræftes dette billede af denne rapport's fund, idet det er de samme to grupper, der ifølge de interviewede sagsbehandlere og alment praktiserende læger vurderes at udgøre langt hovedparten af gruppen af langtidssygemeldte SDM med diffuse lidelser.

Betragter man fordelingen af nytilkendelser af førtidspension i årene 1998-2006 efter diagnose (se bilag 11), ses det samme billede af psykiske lidelser og bevægeapparatsygdomme som de to dominerende diagnosegrupper. Men mens der har været et forholdsvis konstant niveau af tildeling af førtidspension grundet bevægeapparatsygdomme, så er der i samme periode sket næsten en fordobling i tildeling af førtidspension på grund af psykiske lidelser. At psykiske lidelser skulle være i stigning, har vi i dataindsamlingen til denne rapport af alment praktiserende læger og sagsbehandlere i kommunerne fået beskrevet som en generel tendens i forhold til sygemeldingsårsager for gruppen af langtidssygemeldte med diffuse lidelser i de seneste år³⁵. Høgelund et al. 2008 har undersøgt sammenhængen mellem diagnose og tilbagevenden til arbejde for langvarigt sygemeldte (ledige samt lønmodtagere) og har fundet at der ved diagnosen ”psykisk lidelse” er større sandsynlighed for at komme i arbejde igen (68%) end hvis man er sygemeldt med diagnosen sygdomme i bevægeapparat (45%) (Høgelund et al. 2008:147). Endvidere har man inden for gruppen af sygemeldte med psykiske lidelser undersøgt for sammenhæng mellem to undergrupper og tilbagevenden på arbejdsmarkedet. Her ses en klar forskel på de to undergrupper, idet der i undergruppen ”nervøse og stressrelaterede tilstande” ses en markant højere tilbagevenden til arbejde end for undergruppen ”skizofreni og psykoser”- hvorunder depressioner hører. Tallene er henholdsvis 83% og 65% (Høgelund et al. 2008:148). Diagnosekategorien ”psykiske lidelser” synes således at være en meget bred kategori, der indeholder både lette, korte og ikke nødvendigvis behandlingskrævende stress/depressionstilfælde og meget behandlingskrævende, langvarige og tilbagevendende depressionsepisoder, skizofreni og psykoser eksempelvis.

Komparative nøgletal

³⁵ Denne gruppe er dog typisk ikke en gruppe, hvor mange får tilkendt førtidspension, de ender langt oftere på kontanthjælp på grund af at deres symptomer er for diffuse til at forlænge deres sygedagpengesag udover de 52 uger.

I Beskæftigelsesministeriets rapport af 2005 diskuteres hvilke forhold, der skal tages i betragtning, når omfanget af de tre landes sygefravær skal sammenlignes. Dels er der forskellige definitioner og opgørelsesmetoder, og dels forskelle i sygedagpengesystemernes indretning. Alligevel er der en række ligheder og forskelle imellem landene. Landenes befolkningsstørrelse og erhvervsfrekvens er forholdsvis ensartet:

Tabel 37: Komparative nøgletal

| 2003 | Danmark | Sverige | Norge |
|---|------------|------------|------------|
| Befolkningen | 5,384 mio. | 8,940 mio. | 4,552 mio. |
| Arbejdsstyrken | 2,814 mio. | 4,451 mio. | 2,330 mio. |
| Andel af befolkningen i arbejdsstyrken | 52% | 50% | 51% |

I perioden 2003-2006 har der i alle tre lande været højkonjunktur med kraftig økonomisk vækst, stigende beskæftigelse og faldende arbejdsløshed. Dog forblev ledigheden i Sverige længe på et højt niveau som følge af kraftige produktivetsforbedringer, før den begyndt at falde (NOSOKO, 2006). Danmarks, Sveriges og Norges erhvervsfrekvens (erhvervsaktive iblandt yngre og ældre mænd og kvinder) og erhvervsstruktur (arbejdsstyrkens fordeling blandt sektorer) er forholdsvis ensartet. Forskelle i sygefravær kan derfor ikke forklares ud fra forskelle i erhvervsfrekvens eller erhvervsstruktur (Beskæftigelsesministeriet, 2005).

Tabel 38: Antal helårspersoner, der modtager sygedagpenge i alt og i pct. Af arbejdsstyrken fordelt på køn, 2003

(deltidssygemeldte optalt som fuldtidssygemeldte, men ikke afgørende for proportionerne mellem landene)³⁶

| | Danmark | Sverige | Norge |
|----------------------------------|---------|---------|---------|
| I alt | 73.240 | 247.658 | 131.176 |
| Kvinder | 40.985 | 152.658 | 74.330 |
| Mænd | 32.255 | 95.000 | 56.846 |
| Procent af arbejdsstyrken | 2,6 | 5,6 | 5,8 |
| Kvinder | 3,1 | 7,1 | 6,9 |
| Mænd | 2,2 | 4,2 | 4,7 |

Som det fremgår af tabel 38 er sygefraværet betydeligt lavere i Danmark end i de to andre lande. Dette har gjort sig gældende siden 1990'erne har og har ikke ændret sig over tid, hvilket tyder på, at sammenhængen mellem konjunkturudsving og sygefravær har været svagere i Danmark end i Norge og Sverige. I de sidste par år er sygefraværet faldet i både Sverige og Norge, samtidig med at

³⁶ Beskæftigelsesministeriet (2005).

gradueret sygefravær er blevet mere udbredt. Derimod er sygefraværet øget en anelse i Danmark siden 2004 (Brage, 2007).

De tre landes sygedagpengesystemers strukturelle opbygning ligner overordnet set hinanden, men dog med visse variationer, hvilket er illustreret i tabel 39.

Tabel 39: De tre landes sygedagpengesystemer³⁷

| | Danmark | Sverige | Norge |
|--|---|----------------------------|--|
| Betalingsansvarlig | Kommunen | Försäkringskassan | NAV-kontor |
| Den maksimale periode, der kan udbetales sygedagpenge | 52 uger inden for 1½ år | 52 uger inden for 450 dage | 52 uger inden for 3 år |
| Karensperiode? | Nej | 1 dag | Nej |
| Arbejdsgiverperiodens længde | 21 kalenderdage | 14 kalenderdage | 14 kalenderdage |
| Gradueret sygedagpenge mulig | Ja | Ja | Ja |
| Kompensationsgrad | 100% initialt, faldende | 80% | 100% op til 6 x NAVs grundbeløb |
| Maksimumbeløb pr. uge | 3.267 DKK ³⁸ | 3.739 DKK | 6.144 DKK |
| Lægeerklæring | Kan efterspørges af arbejdsgiver og/eller sagsbehandler | Kræves fra dag 8 | Kræves efter 3. dag (8. dag ved IA-avtale) |

På baggrund at dette introducerende overblik over de tre landes befolkningsstørrelse, erhvervsfrekvens og sygedagpengesystemers opbygning skal vi nu kigge nærmere på først Sveriges dernæst Norges sygedagpengesystem, sygefravær samt førtidspensionsniveau.

Sverige

Det svenske sygedagpengesystem

³⁷ Tabel udformet og modificeret med udgangspunkt i: Beskæftigelsesministeriet (2005): "Nordiske initiativer til nedbringelse af sygefravær" samt Brage, 2007.

³⁸ Pr. 2005.

I Sverige gives ved sygefravær en af tre typer økonomisk kompensation: ”sjuklön (sygeløn)”, ”sjukpenning” (sygedagpenge), eller ”sjukersättning” (syge/førtidspension). Ved sygdom af varighed indtil 14 dage tildeles sygeløn³⁹. Ved sygdom længere end 14 dage, skal arbejdsgiveren anmelde sygefraværet til Försäkringskassan (herefter Forsikringskassen), som afgør, om personen har ret til sygedagpenge. Fra juni 2008 indførtes tidsbegrænsning af sygedagpenge således, at sygedagpenge nu kan gives i 364 dage inden for en 450 dages rammeperiode. Forlænget sygedagpenge (förlängd sjukpenning) kan gives i højst 550 dage⁴⁰, og beløbet er 5% lavere end den almindelige ydelse. Alle som er sygemeldte i mere end syv dage skal have en lægeerklæring (läkarintyg). På baggrund af lægeerklæring vurderer Forsikringskassen, om den sygemeldte har ret til sygedagpenge. For at sikre ensartethed i vurderingerne er der udformet anbefalinger for længde af sygefraværsperiode i relation til forskellige diagnoser og lægen skal give en motiveret begrundelse for at angive længere tid end anbefalet.

I Sverige benyttes graduerede sygedagpenge, det vil sige, at der kan tildeles hel, trefjerdedel, halv, eller fjerdedel sygedagpenge afhængigt af den sygemeldtes arbejdsevne. I visse tilfælde kan der tildeles rejsekompensation i stedet for sygedagpenge. Dette kan ske hvis arbejdsgiver eller Forsikringskasse vurderer, at personen kan arbejde men ikke benytte sædvanlige transportmidler. Fra juni 2008 indførtes nye og skrappe vurderingsprincipper i relation til sygedagpenge rettigheder. I de første 90 dage tildeles sygedagpenge såfremt det normale arbejde ikke kan udføres. Efter 90 dage har man kun ret til sygedagpenge, hvis der ikke kan udføres nogen form for arbejde hos arbejdsgiveren, og efter 180 dage har man kun ret til sygedagpenge, hvis man ikke kan udføre nogen form for arbejde på arbejdsmarkedet. Dette princip kaldes ”rehabiliteringskedjan” og gælder for personer med erhvervsarbejde.

Sygedagpengeudgifter

I de sidste 30 år har antallet af udbetalte sygedagpengedage fluktueret mellem ca. 118 mio. dage i 1988 til lidt over 48 mio. dage i 1997⁴¹. Antallet af sygedagpengedage faldt støt i perioden 1990 til 1997, men steg fra 1997-2002 blandt andet på grund af en generel stærk stigning i sygefraværet. Efter 2002 er antallet af sygedagpengedage støt faldet, blandt andet som følge af strengere tolkning

³⁹ I opgørelser indregnes de første 13 dages sygeløn i den samlede sygedagpengeperiode.

⁴⁰ Dog er der ingen tidsgrænse, hvis der foreligger en godkendt arbejdsskade eller er tale om meget alvorlig sygdom.

⁴¹ En række administrative og lovgivningsmæssige forhold har været medvirkende til at skabe denne fluktuation (se bilag 12).

af reglerne og ændrede holdninger i samfundet (FK, 2008) og som følge af fald i sygefravær totalt set.

Udviklingen i det svenske sygefraværsmønster

Det samlede billede

Gennem det seneste årti er der sket en markant reduktion i det samlede svenske sygefravær:

Tabel 40

| Antalet sjukskrivn i december måned samtlige i hele riket | Period | | | | | | | | (september) |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|
| Fall längd | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| Samtliga | 259.622 | 292.993 | 298.045 | 278.732 | 244.640 | 211.855 | 194.471 | 164.192 | 135.508 |
| 1-179 dgr. | 115.669 | 122.878 | 113.874 | 97.430 | 91.614 | 84.885 | 79.902 | 66.147 | 54.306 |
| 180-364 dgr. | 52.199 | 58.156 | 58.906 | 51.576 | 45.589 | 37.382 | 36.292 | 31.067 | 25.203 |
| >1 år | 91.754 | 111.959 | 125.265 | 129.726 | 107.437 | 89.588 | 78.277 | 66.978 | 55.999 |

Fordelingen har ændret sig således, at der siden 1997 har været en kraftig vækst i antallet af sygemeldinger over 60 dage. I 2007 var gruppen af sygemeldte med et sygefravær på over 1 år den største. Antallet af længerevarende sygdomsfravær (over 60 dage) øgedes kraftigt fra 1998 til 2004, men faldt herefter frem til 2007 (FK 2008, 27). Hvor kvinders andel af det længerevarende sygefravær steg i årene 1992 til 2001 har det herefter ligget stabilt på cirka 64%. Det generelt faldende sygefravær skal dog ses i relation til to forhold. Dels gøres der øget brug af deltidssygemeldinger⁴², dels er der sket en vækst i antallet af førtidspensioneringer, som ikke medregnes i sygefraværet.

Udviklingen i folkesundheden og sygemeldingsdiagnoser

Den svenske gennemsnitslevetid er stigende, i 2003 var den 77,9 år for mænd og 82,4 år for kvinder, hvilket er en vækst på henholdsvis 3 og 2 år i forhold til gennemsnitslevetiden i 1990. Levetid og sundhed fordeles ujævnt blandt befolkningen, men fordelingen har ikke forandret sig nævneværdigt siden 1980 (Socialstyrelsen, 2005).

Såvel inden for det samlede sygefravær som inden for gruppen af førtidspensionerede og SDM er fordelingen af diagnoser ændret. Hjertekarsygdomme er den sygdomsgruppe, som forårsager flest dødsfald, men siden 1987 er risikoen for hjerteinfarkt og kranspulsåresygdom faldet markant.

⁴² Et politisk pres fra starten af 2000-tallet, som opstod efter den kraftige vækst i sygefraværet siden 1997 har sandsynligvis bidraget til denne udvikling.

Cancersygdomme er ikke længere i stigning, og dødeligheden mindskes. Til gengæld er der øget forekomst af diabetes og overvægt blandt yngre voksne.

De to største grupper af lidelser, både i relation til antal sygemeldte og sygefraværets længde, er ”psykiske lidelser” og ”bevægeapparatlidelser”. Hvor psykiske lidelser er øget markant siden starten af 1990’erne, har sygdomme i bevægeapparatet kun haft en mindre stigning. Udviklingen indenfor disse to grupper i perioden 2004 -2007 vises i tabel 41.

Tabel 41: Udviklingen af psykiske lidelser og bevægeapparatlidelser

| Diagnos | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Samtlige | 574.980 | 624.553 | 603.707 | 575.387 |
| Psykiska sjukdomar | 103.922 | 110.059 | 104.913 | 100.153 |
| Varav: Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom | 54.563 | 59.735 | 57.686 | 54.071 |
| Förstämningssyndrom | 40.381 | 41.291 | 39.309 | 38.798 |
| Rörelseorganen | 129.280 | 142.992 | 137.357 | 126.864 |
| Varav: Ryggsjukdomar | 54.523 | 59.114 | 54.590 | 49.496 |
| Symptom | 18.063 | 20.910 | 20.239 | 18.707 |
| Skador och förgiftningar | 44.773 | 54.539 | 57.027 | 54.864 |
| Faktorer av betydelse för hälsotillståndet | 9.217 | 9.106 | 7.985 | 6.851 |
| Övriga diagnoskapitel | 19.552 | 25.641 | 26.241 | 25.462 |
| Diagnoskod ej registrerad | 143.571 | 121.940 | 108.160 | 102.816 |

(Kilde: Tabel fremkommet ved at krydstabulere årsopgørelser over ”Sjukfall efter sjukskrivningsorsak(diagnos)” fra Försäkringskassan)

Psykiske sygdomme tegner sig i 2007 for 17,4 % og bevægeapparatlidelser for 22 % af alle sygdomme, og der er en overvægt af kvinder i både stress og depressionskategorierne⁴³.

Psykiske lidelser

Mellem 20-40% af den svenske befolkning vurderes at være plaget af psykiske lidelser, fra svære sygdomstilstande såsom psykoser til lettere psykiske problemer såsom ængstelse, uro, angst og

⁴³ For en detaljeret oversigt over diagnoseforekomsterne fordelt på køn, se bilag 13.

søvnproblemer (Socialstyrelsen, 2005). Fra 1990'erne tegner psykiske sygdomme sig for en stigende andel af sygefraværet⁴⁴ for alle aldersgrupper. Stigningen er hovedsagligt sket inden for mindre svære psykiske sygdomme såsom "arbejdsrelateret stress" (RFV 2002:4) og gælder hele arbejdsmarkedet, dog er problemet størst i kommunerne og staten. Omfanget af de svære psykiske lidelser har ikke ændret sig markant siden 1950'erne. Sygemeldinger på grund af psykiske sygdomme er dyre for forsikringssystemet, da sygefraværet ofte er langvarigt og typisk rammer personer med højere grundindkomst (RFV 2002:2 og 2004:5). Den dominerende del af psykiske sygdomme udgøres af depressioner, angsttilstande og stressreaktioner, som står for 27 af de i alt 30% langtidssygemeldte med psykiske sygdomme. En markant vækst i depressioner fra 2002 til 2003 skyldes muligvis en ændret diagnostik af fænomenet udbrændthed (RFV 2004:8, p.14).

Stressreaktioner og angstsymptomer har udvist en mere stabil fremgang i hele perioden 1999-2003. Langvarig sygemelding forårsaget af psykiske sygdomme ses oftere for kvinder end for mænd og psykiske sygdomme er årsag til knapt 33% af kvindernes mod knapt 26% af mænds længerevarende sygefravær. De langtidssygemeldte med psykiske sygdomme eller udbrændthed er kendetegnet af følgende træk og forhold (RFV 2002): Sygemeldinger grundet psykiske problemer optræder langt oftere inden for erhverv med højere uddannelseskrav og teoretisk indhold i uddannelsen, disse erhverv kan kaldes tjenestemandserhverv, idet de primært leverer tjenester og services inden for det offentlige. Samtidig er hyppigheden størst inden for "kontakterhvervene", fx lærer, sygeplejersker, social- og omsorgsmedarbejdere, gymnasie- og universitetslærere mm., hvor der er intensiv kontakt med elever, patienter og kunder. De er også hyppigere indenfor de erhverv som kan kaldes "karriere-erhverv" (ledere, handelsøkonomer, journalister mm.), og de typiske selvrapporterede arbejdsmiljøproblemer inden for disse fag er netop også stress og psykiske påvirkninger. Kommunalt ansatte mænd og kvinder tegner sig for den største gruppe langtidssygemeldte, især hvad angår psykisk sygdom. Kvinderne kommer hovedsagligt fra den kommunale pleje og omsorgssektor, mens den største gruppe blandt mændene er lærere.

Bevægeapparatlidelser

Halvdelen af alle kvinder og knap en tredjedel af mænd i den arbejdsdygtige alder angiver at have smerter i nakke, ryg, skuldre eller lænd. Dette tal er steget siden begyndelsen af 1980'erne (Socialstyrelsen, 2005). Sygdomme eller smerter i bevægeapparatet er stadig den almindeligste

⁴⁴ Dog er der først fra 2000 foretaget systematiske registreringer af sygemeldingsdiagnose i forbindelse med et omfattende analyseprogram for længerevarende sygemeldinger kaldet RFV-LS.

årsag til nedsat erhvervsevne, langtidssygemelding og førtidspension, særligt inden for gruppen af erhvervsaktive (ibid.). De er tilmed gennemsnitligt dyrere for forsikringskassen end andre lidelser, idet sygdomsfraværet typisk er længere og de sygemeldtes gennemsnitsindkomst højere i denne diagnosegruppe end for andre grupper. I 2001 kostede de psykiske diagnoser således 8,4 mia. i sygedagpenge, mens bevægeapparatsygdomme kostede 14,3 mia. (Riksförsäkringsverket, 2002).

Inden for gruppen af langtidssygemeldte tegner bevægeapparatlidelser sig fortsat for en meget stor andel, om end den er blevet overhalet af gruppen af psykiske sygdomme (Socialstyrelsen 2005). Når andelen af langtidssygemeldte med sygdomme i bevægeapparatet falder en anelse, kan det imidlertid også skyldes ændringer i diagnosticeringsrutiner.

Der findes tydelige sociale forskelle, hvad angår nakke, skulder og lændebesvær. Eksempelvis er faglærte arbejdere mere plaget af disse end højere tjenestemænd. Den største forskel findes mellem mandlige tjenestemænd hvor 24% angiver besvær mod 58% af kvindelige arbejdere (Socialstyrelsen, 2005:154). Typiske klager angående arbejdsmiljøet er belastende arbejdsstillinger, ensidigt gentaget arbejde og tungt manuelt arbejde. Samtidig har kvinder både flere og længere perioder med sygefravær på grund af bevægeapparatsygdomme.

Førtidspension (sjuk/aktivitetsersättning)

Hvis en borgers arbejdsevne er permanent nedsat, kan personer ml. 30-64 år tildeles førtidspension, som kan gradueres i enten en fjerdedel, halv, trefjerdedel eller hel førtidspension. Der skete i 2008 en skærpelse af lovgivningen, således at førtidspensionering nu skal ske på baggrund af en *permanent* nedsættelse af arbejdsevnen. Antallet af førtidspensioner er øget fra omkring 40.000 i år 1971 til over 60.000 i 2005⁴⁵. Aldersfordelingen af førtidspensionerede er ændret markant i form af en forskydning fra ældre til yngre, idet gennemsnitsalderen for førtidspensionering er faldet fra næsten 55 år i slutningen af 1980'erne til omkring 47 år i 2007 (FK 2008:27). Dette gælder i særlig grad for kvinder. Samtidig er antallet af kvinder som bevilliges førtidspension fordoblet i perioden, mens antallet af mænd derimod er mindsket (FK, 2007:3).

I lang tid domineredes langtidssygemeldingerne af sygdomme i bevægeapparatet. Men i de senere år har der især været en markant øgning af psykiske sygdomme. Psykiske sygdomme var i 2005

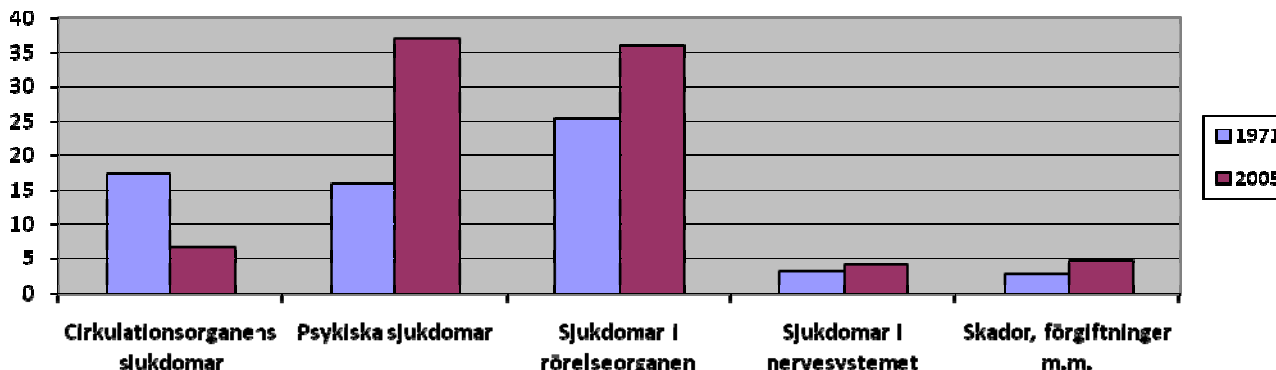
⁴⁵ Antallet toppede i 2004 hvor 73.000 bevilligedes førtidspension.

desuden for første gang den mest udbredte årsag til førtidspensionering, dog er der sket et fald i antallet i både 2005 og 2006. Tilsammen udgør bevægeapparatlidelser og psykiske sygdomme 65% af alle nybevilligede førtidspensioner. I 2005 var ”ryggværk” den mest almindelig sygdomsårsag til førtidspension for mænd, hvor det for første gang nu var en psykisk sygdom, ”depressiv episod”, der var den mest almindelige årsag for kvinder.

Inden for de psykiske sygdomme er væksten sket inden for diagnoserne ”neurotiska syndrom” (især stressrelateret syndrom) og ”förstemningsyndrom” (især depression). Førtidspensioner på grund af disse diagnoser er mangedoblet siden 1987, hvor væksten især er sket indenfor gruppen af unge kvinder.

Figur 4. Nybevilljate förtidspensioner och sjuk- och aktivitetssersättningar 1971 och 2005 efter diagnos⁴⁶

(Antal per 10 000 i befolkningen)



Opsummerende kan det konkluderes at udvikling i diagnosefordelingen med en stigning af ”psykiske sygdomme” og ”bevægeapparatslidelser” ligner udviklingen i Danmark, ligesom andelen af langtidssygemeldinger i forhold til det samlede sygefravær. Desuden gælder det, at der i Sverige, som i Danmark, er flere sygemeldte kvinder end mænd.

⁴⁶ Redovisar 2007:3.

Efter denne gennemgang af de svenske forhold, ser vi på sygedagpengesystemet og sygefravær i Norge.

Norge

Det norske sygedagpengesystem

I det norske sygedagpengesystem skal gradueret sygemelding være først vurderede mulighed. Ved sygdom af over to ugers varighed udbetales ”sykpenge” (fremover sygedagpenge) af ”folketrygden” (NAV). Dette sker på baggrund af en lægeerklæring. Inden seks uger skal der i samarbejde med arbejdsgiveren udformes en opfølgingsplan med henblik på tilbagevenden til arbejde. Er man ikke tilbage i arbejde efter otte uger, kræves en udvidet lægeerklæring som dokumenterer, at tungtvejende medicinske årsager hindrer aktivitet. Hvis arbejdstageren ikke inden 12 uger er kommet i arbejdsrelateret aktivitet, skal trygdekontoret indhente opfølgingsplan fra arbejdsgiveren. Som alternativ til sygedagpenge kan der ydes rejsegodtgørelse. Dette gælder eksempelvis, hvis den arbejdsaktive på grund af sygdom ikke kan benytte sædvanlige transportmidler til sit arbejde.

Der kan også ydes graduerede sygedagpenge svarende til graden af uarbejdsdygtighed (arbejdsuførhet). Sygedagpengene kan gradueres fra 100% ned til 20%. Der er også mulighed for ”aktiv sykemelding” i de tilfælde hvor arbejdsgiveren er i stand til at finde alternative arbejdsopgaver, der kan udføres af den sygemeldte. Efter sygemelding i et år ophører retten til sygedagpenge, herefter kan man overgå til andre ydelser såsom ”rehabiliteringspenge”, ”yrkesrettet atfføring” eller ”uføreytelse”, som omfatter ”uførestønad” og ”uførepensjon”⁴⁷.

Som led i nedbringelse af sygefraværet har der siden 2001 i samarbejde med arbejdsgiver- og arbejdstager-kredse været forsøg med såkaldt ”Inkluderende Arbejdsliv” (IA) med fokus på bedre samarbejde på arbejdspladsen, et ressourcefokus frem for et sygdomsfokus. I led med dette blev der i 2004 indført større krav til aktivitet under sygefraværet og øget brug af graduerede sygedagpenge. Dette førte til en kortvarig nedgang i sygefraværet, og brugen af graduerede sygedagpenge øges fortsat (Brage 2007). I 2007 indførtes regler, der skal nedsætte sygefraværet yderligere, bl.a. obligatoriske opfølgingsplaner og dialogmøder mellem arbejdsgiver og arbejdstager. Samtidig er

⁴⁷ *Tidsbegrænset førtidspension* (”uførestønad”) indførtes i 2004 med henblik på at reducere antallet af nye førtidspensionister ved at forebygge udstødning fra arbejdsmarkedet og undgå varig førtidspension. Tidsbegrænset førtidspension kan tildeles i en periode fra et til fire år og kan forlænges i flere perioder. *Førtidspension* (”uførepensjon”) kan gives i gradueret form.

nedbringelse af sygefraværet søgt understøttet gennem sammenlægning af kommunen og statens indsats i de såkaldte NAV-kontorer. Disse minder om Danmarks Jobcentre, men fokuserer kraftigere på koordinering af national, regional og lokal indsats.

Sygedagpenge

Siden 1998 er der sket en vækst i antallet af sygedagpengedage med det højeste niveau i 2003 og her efter et mindre fald. Der er flere kvinder end mænd, som modtager sygedagpenge.

Tabel 42

Sykepengedager betalt av folketrygden. 3 kvartal 1998-2008. I tusen dager⁴⁸

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| I Alt | 5 917 | 6 060 | 6 965 | 7 135 | 7 551 | 7 901 | 6 598 | 6 370 | 6 682 | 6 607 | 7 174 |
| Menn | 2 568 | 2 745 | 3 086 | 3 152 | 3 373 | 3 538 | 2 896 | 2 768 | 2 814 | 2 739 | 2 956 |
| Kvinner | 3 349 | 3 315 | 3 879 | 3 983 | 4 178 | 4 363 | 3 702 | 3 602 | 3 868 | 3 868 | 4 218 |
| Utelukkende arbeidstakere | 5 033 | 5 221 | 6 053 | 6 222 | 6 587 | 6 856 | 5 676 | 5 449 | 5 823 | 5 855 | 6 385 |
| Menn | 2 031 | 2 207 | 2 505 | 2 571 | 2 760 | 2 872 | 2 329 | 2 215 | 2 307 | 2 298 | 2 487 |
| Kvinner | 3 001 | 3 013 | 3 549 | 3 651 | 3 826 | 3 984 | 3 348 | 3 234 | 3 517 | 3 557 | 3 898 |

Det har ikke været muligt at fremskaffe diagnosefordeling blandt SDM i Norge.

Udviklingen i det norske sygefraværsmonster⁴⁹

Det samlede billede

Norge har haft et højt sygefravær med store variationer siden 1992. Samtidig har ledigheden været lavere end i Sverige og Danmark. Siden 2003 er sygefraværet faldet med lidt mere end 1% fra 7,4%

⁴⁸ <http://www.nav.no/155515.cms>

⁴⁹ NAV udformer dels sygefraværsstatistik, som findes fra 2. Kvartal 2000 og omfatter al lægemeldt sygefravær. Derudover udarbejdes sygedagpengestatistik, som siden 2000 er sammenlignelig. Diagnoseoplysninger i begge statistikker følger ICPC-2, den internationale klassifikation for den primære sundhedssektor. Der findes statistik for førtidspension siden 1967, dog betyder indførelse af tidsbegrænset førtidspension i 2004, at perioden før og efter ikke kan sammenlignes. Her anvendes diagnoseklassifikationssystemet ICD-10.

i 2003 til 6,1% i 2008. Dette fald skyldes hovedsageligt lavere sygefravær blandt den midaldrende og ældre del af befolkningen (45-64 år). To af årsagerne til dette fald kan dels være nye regler indført i 2004 for lægernes sygemeldingspraksis (Sundell, 2008) med det formål at fremme en hurtigere vurderingsproces samt øget brug af gradueret sygemelding. Hvad angår varigheden af sygefraværsløb er den norske statistik opdelt i selvmeldt og lægemeldt fravær, hvoraf der kun opregnes fraværslængde for den sidste gruppe. Sygefraværet er fordelt omtrent ligeligt mellem kortere (1-31 dage), mellemlange (32-92 dage) og længerevarende forløb (over 92 dage). Siden år 2000 er procenten af langtidssygemeldte vokset en anelse, men samtidig er procenten af selvmeldinger også vokset, hvilket måske opfanger en del af de korterevarende forløb.

Kvinder har betydeligt højere sygefravær end mænd. Forskellen mellem mænd og kvinder har ligget nogenlunde fast på 2,5-3,0%. En årsag til forskellen mellem mænd og kvinder er sygdom i forbindelse med svangerskab og fødsel. Forskellen er dog øget en anelse på det seneste. I 3. kvartal er forskellen mellem mænd og kvinder systematisk lavere end i andre kvartaler (Sundell, 2008). Sygefraværet er faldet en anelse mere for mænd end for kvinder. Der er desuden forskel på sygefraværet i forskellige brancher. Det er størst inden for social- og sundhedssektoren med samlet 8,2% i 2008. Mænd har højest sygefraværprocent inden for industri og bjergdrift, bygge- og anlægsvirksomhed samt transport og kommunikation, mens kvinder har størst sygefravær inden for social og sundhedsområdet, her efter følger industri og bjergdrift, transport og kommunikation, samt hotel- og restaurationsbranchen. Hvad angår sygemeldingsårsag er bevægeapparatlidelser (muskelskjelett-lidelser) de mest fremtrædende. Fra i 2001 at være årsag til 46,6% af det totale sygefravær er tallet dog faldet markant til 41,9% i 2008. Ryg, nakke og skulderlidelser er de hyppigste inden for denne gruppe. Den næsthyppest årsag til sygefravær er psykiske lidelser. Tallet er vokset til i 2008 at udgøre 18,3% af det totale sygefravær. I denne gruppe er angst/depression den hyppigste lidelse. For både kvinders og mænds vedkommende er bevægeapparatlidelser den hyppigste årsag til sygefravær, tallet er dog faldende. Til gengæld er andelen af psykiske lidelser voksende⁵⁰.

Udviklingen i folkesundhed og sygemeldingsdiagnoser

Generelt fortsætter gennemsnitslevetiden med at vokse i Norge, og i 2007 var den 78,1 år for mænd og 82,7 år for kvinder. Dette er en vækst på knap 4 og 2 år siden 1990 (Sandness, 2007).

⁵⁰ Se bilag 14.

Beregninger viser imidlertid at mænd har flere raske leveår⁵¹ end kvinder. I 2003 havde mænd gennemsnitligt 66,3 raske leveår, mens kvinder kun havde 64,2 år (Ibid.). At gennemsnitslevetiden er øget skyldes især at dødeligheden forårsaget af hjerte-/karsygdomme er faldet. Når mænd lever kortere end kvinder skyldes det blandt andet, at mænd er mere udsat end kvinder for at pådrage sig alvorlige kredsløbssygdomme i en ung alder.

Der er forskel på hvilke arbejdsrelaterede sundhedsbelastninger som henholdsvis mænd og kvinder oplever:

Tabel 43

| Andel af sysselsatte med ulike helseplager som helt eller delvis skyldes jobben. Menn og kvinner. Prosent.2003 ⁵² | | |
|--|------|---------|
| | Menn | Kvinner |
| Føler seg ukentlig fysisk utmattet når de kommer hjem fra arbeid | 29 | 37 |
| Føler seg nedfor pga. kritikk eller vansker på jobb 1 gang i mnd. Eller oftere | 21 | 24 |
| Har smerter i nakke, skuldre eller øvre dele av ryggen | 11 | 17 |
| Har smerter i armer, håndledd eller hender | 7 | 12 |
| Har smerter i hofter, ben, kne, eller føtter | 5 | 6 |
| Har ukentlig vansker med å sove fordi de tenker på jobben | 7 | 9 |
| Har hodepine eller migrene | 3 | 8 |
| Har været utsatt for arbeidsulykker siste 12 mnd. | 4 | 2 |
| Antall som svarte | 1221 | 1192 |

Eksempelvis ses det af tabel 43, at 37% af kvinderne føler sig udmattede, når de kommer hjem fra arbejde, hvilket kun gælder for 29% af mændene. Der er også forskelle i diagnosemønstret, hvis man tager faktorer som køn og aldersgruppe i betragtning. Eksempelvis har næsten dobbelt så mange kvinder som mænd mellem 16-24 år psykiske vanskeligheder og blandt de 25 til 44-årige lider knap tre gange så mange kvinder som mænd af fibromyalgi⁵³.

⁵¹ Healthy Life Years, dvs. år hvor man lever uden funktionsvanskeligheder.

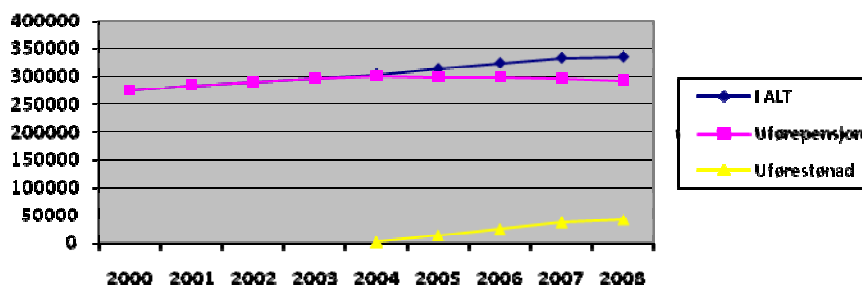
⁵² Sandness, 2007.

⁵³ Se bilag 15.

Førtidspension

I Norge kaldes både permanent og tidsbegrænset førtidspension for ”uføreytelser”. Antallet af personer på ”uføreytelser” er steget siden 2000 fra omkring 275.000 til 335.796 pr. 30/6 2008:

Tabel 44: Antall personer med uføreytelser pr.



30.06.2008⁵⁴

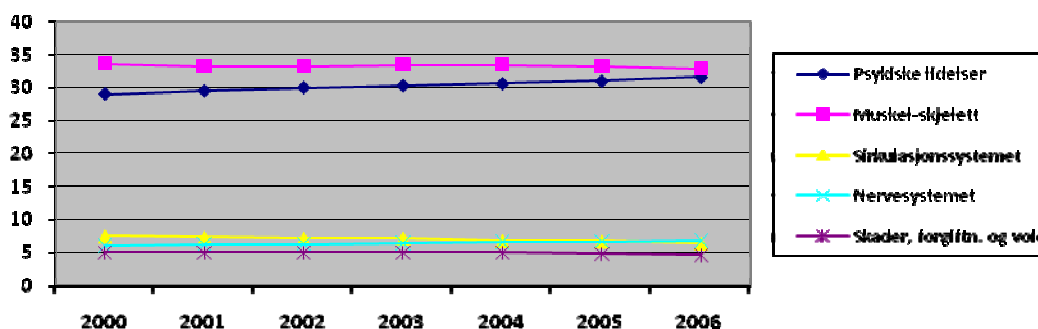
Fra 2004 indførtes tidsbegrænset førtidspension (uførestønad). Her efter faldt tallet af permanente førtidspensionerede (uførepension) svagt, mens antallet af tidsbegrænsede førtidspensioner steg. Vækstraten er faldende, hvilket kan forklares med befolkningens alderssammensætning. Der var et relativt stort antal førtidspensionister, som nåede alderspensionsgrænsen i 2007. Isoleret set fører dette til en nedgang i antallet af førtidspensionister. Samtidig er de store årgange nu i en alder, hvor andelen af førtidspensionister er stor. Dette er en vigtig grund til den fortsatte øgning af antallet af førtidspensionister. Den største øgning i antal førtidspensionister sker i aldersgruppen 60-64 år, nærmere bestemt 4,3% fra 2007-2008 (Viten, 2008). Ved udgangen af juni 2008 udgjorde kvinder 59,6% af alle førtidspensionister.

Diagnosesammensætningen for førtidspensionister har været forholdsvis stabil fra 2000 til 2006, dog noget ændret fra 2004, hvor tidsbegrænset førtidspension indførtes. De to største sygdomsgrupper i hele perioden er ”psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser” og ”sygdomme i muskler, skelet og bindevæv”. Der er et lidt anderledes sygdomsmønster blandt tidsbegrænsede førtidspensionister end blandt modtagere af permanent førtidspension. Det skyldes, at der blandt tidsbegrænsede førtidspensionister er stor overvægt af kvinder (næsten 2/3 er kvinder) og af yngre mennesker. I gruppen af personer med tidsbegrænset førtidspension er psykiske lidelser særlig udbredte. Hvor psykiske lidelser blandt permanente førtidspensionister er steget fra 29,5% i 2000 til 30,4% i 2006, er de blandt modtagere af tidsbegrænset førtidspension vokset fra 35,3% i 2004 til

⁵⁴ Fra NAV, Viten 2008.

36,1% i 2006 (Lindbøl, 2007). De hyppigste diagnoser blandt førtidspensionister i de tre yngste aldersgrupper er neuroser samt adfærds- og personlighedsforstyrrelser.

Tabel 45: Antall mottakere av uføreytelser 2000-2006. Fordelt etter de fem største diagnosegruppene.



⁵⁵ Procent.

Opsummering

Når vi ser på sygefravær og lovgivningen på området i Danmark, Sverige og Norge ser vi nogle tydelige paralleller mellem de tre lande, men også nogle forskelle, især omkring lovgivningen. Hvor det i Danmark er arbejdsgiveren der økonomisk skal dække sygedagpengeudgifterne i de første 21 dage af sygemeldingen, er perioden i både Norge og Sverige 14 dage. Man kan derfor forestille sig, at en dansk arbejdsgiver vil have større motivation for hurtigt at få den sygemeldte tilbage i arbejde, hvis forløbet tegner til at blive langvarigt. Det til kommer, at en række overenskomster på arbejdsmarkedet betyder, at arbejdsgiverne for en lang række lønmodtagere betaler løn under sygdom i en meget lang periode, hvilket yderligere øger incitamentet til at få de sygemeldte tilbage i arbejde.

I alle tre lande kan man maksimalt få udbetalt sygedagpenge i et år, dog inden for forskellige rammer. Her minder forholdene mest om hinanden i Danmark og Sverige, hvor de 52 uger eller 364 dage man kan få sygedagpenge er ud af en periode på henholdsvis halvandet år eller 450 dage. I Norge kan man kun få sygedagpenge i 52 uger ud af en periode på 3 år. Sverige giver bedst mulighed for at få sygedagpenge, idet 450 dage er den korteste rammeperiode, og man kan ydermere søge om at få forlængelse af sygedagpengeperioden, så den kan fortsætte i op til 550

⁵⁵ Lindbøl, 2007.

dage. I Sverige har loven om tidsbegrænsning på sygedagpenge kun eksisteret siden 2008 og er derfor en meget ny praksis. I Danmark eksisterer der desuden en række forlængelsesmuligheder, som kan tildeles i særlige tilfælde, fx hvis borgeren har brug for et arbejdsprøvningsforløb eller er under lægebehandling, som skønnes at kunne gøre vedkommende arbejdsdygtig inden for en periode på 2x52 uger. Forlængelsesmulighederne kan bruges i forlængelse af hinanden, og man kan ved brug af blot en af disse forlængelsesmuligheder komme op på samlet set 3x364 dage med sygedagpenge.

I Norge skal der inden seks uger udformes en opfølgingsplan sammen med arbejdsgiveren, med henblik på tilbagevenden til arbejde. Her fører lovgivningen altså direkte til handling fra både sygemeldte og arbejdsgivers side og samarbejde er et krav. I Danmark er det kommunerne, der er lovmæssigt forpligtede til at følge op på en sygedagpengesag, hvilket skal ske inden udgangen af 8. sygeuge, og det er dermed ikke den enkelte arbejdsgiver ansvaret hviler på. Hvor formålet med opfølgningen i Norge er at fastlægge en handleplan, er formålet med kommunens opfølgning i Danmark først og fremmest at hjælpe syge til at fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet og omhandler også muligheden for arbejdsprøvning og tilbagevenden til arbejdsmarkedet⁵⁶.

Overordnet kan man således se en udvikling i Sverige og Norge, hvor sygefraværet er faldet, mens det i Danmark er steget (med 18% fra 2004 til 2007), særligt ses en vækst indenfor SDM med diffuse lidelser. Fælles for alle tre lande er stigningen i diagnoser der omhandler psykiske lidelser, særligt depression, angst og stress, samt lidelser i bevægeapparatet. Gennemgående for sygefraværet i de tre lande er ligeledes overvægten af kvindelige sygemeldte, idet kvinder tegner sig for det største antal langvarige sygemeldinger i alle tre lande.

⁵⁶ Regeringen har fremsat lovforslag om ”En styrket beskæftigelsesrettet indsats over for sygemeldte m.fl.” der bl.a. indeholder forslag om, at arbejdsgiveren inden fire uger skal holde samtale med medarbejdere, der er syge, og efter behov udarbejde en fastholdelsesplan, jf. L165.

Litteraturliste

Beskæftigelsesministeriet (2003). *Analyse af det danske sygefravær*.

Borg, V., Faber A., Fallentin N. (2007) *Sygefravær blandt plejemedarbejdere i ældreplejen – sammenligning med andre grupper*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Clausen T., Borg V. (2007) *Arbejdsmiljøet i institutionelle miljøer, i hjemmeplejen og i integrerede enheder i ældreplejen i Danmark – resultater fra en spørgeskemaundersøgelse*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Gannik D. (2005) *Social Sygdomsteori: et situationelt perspektiv*. København: Forlaget Samfundslitteratur.

Gensby U., Holten A., Nielsen K. (2007) *Strategier for virksomheders forebyggende indsats til forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø – et eksempel fra Storbritannien*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Holten A., Nielsen K. (2007) *Ledelsesstil, psykosocialt arbejdsmiljø og trivsel i ældreplejen*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Jensen C., Grøn S., Aronsson G., Bjørnstad O., Gunnarsdóttir HK, Tómasson K. (2003) *Sygefravær i Norden*. København: AMI (Arbejdsmiljøinstituttet).

Høgelund, J., Filges T. & Jensen, S. (2003) *Langvarigt sygefravær – Hvad sker der og hvordan går det?* København: SFI (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd).

Labriola M. (2006) *Work environment factors associated with long term sickness absence and return to work*. København: AMI (Arbejdsmiljøinstituttet). (Ph.d.-afhandling).

Labriola, M, Lund, T. & Christensen K. B. (2007) *Resultater af Sygefravær-forskning 2003 – 2007*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Lund T., Jensen C., Nielsen M., Borg V. (2003) *Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv*. København: AMI (Arbejdsmiljøinstituttet).

Lund T., Labriola M., Christensen KB., Bültmann U., Villadsen E., Burr H. (2005) Psychosocial work environment exposures as risk factors for longterm sickness absence among Danish employees: Results from DWECs/DREAM. *JOEM: Journal of Occupational and Environmental Medicine*. Vol. 47(11): 1141-1147.

Lund T. (2006) *Utilfredsheden med ledelsen og høje følelsesmæssige krav kan give sygefravær på mere end 8 uger*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

ReD Associates (2008) *Nedbringelse af sygefravær i Københavns Kommune*.

DANMARK

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2008): www.jobindsats.dk

Ankestyrelsen (2008): www.ankestyrelsen.dk/tal_fra_ankestyrelsen

Beskæftigelsesministeriet (2008), *Analyse af sygefraværet*.

Høgelund, J., Boll, J., Skou M. & Jensen S. (2008): *Effekter af ændringerne i sygedagpengeloven. Opfølgning på sygedagpenge del II*. København: Socialforskningsinstituttet 08:07.

Labriola, M., Lund, T. & Christensen, K.B. (2007): *Resultater af sygefravær-forskning 2003-2007*. København: Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø.

Kommunernes Landsforening: *Notat af 18.02.08. 13 bud på nedbringelse af sygefraværet.*
http://www.bm.dk/graphics/dokumenter/temaer/sygefravaer/bidrag%20fra%20parter/13_bud_fra%20kl.pdf (hentet 25.03.09).

Ørbæk, Palle (2008): Oplæg på region Syddanmarks arbejdsmiljøkonference d. 08.09.08.

SVERIGE

Försäkringskassan (2008), Socialförsäkringen i siffror 2008.

Försäkringskassan (2007), Psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelsesorganen – nybeviljade förtidspensioner, sjukersättningar och aktivitetsersättningar 1987-2005, Redovisar 2007:4.

Försäkringskassan (2007), Diagnosmönster i förändring – ny beviljade förtidspensioner, sjukersättningar och aktivitetsersättningar 1971-2005, Redovisar 2007:3.

Riksförsäkringsverket (2002), Vad kostar olika sjukdomar?, Redovisar 2002:2.

Riksförsäkringsverket (2004), Psykiska sjukdomar och stressrelaterade besvär, Redovisar 2004:8

Socialstyrelsen (2005) Folkhälsorapport 2005.

Socialstyrelsen (2003), Utmattningssyndrom Stressrelaterad psykiska ohälsa.

NORGE

Brage, S. (2007), ”Trender i de skandinaviske sykefraværsordningene”, *Arbeid og velferd*, No. 7, Arbeids- og Velferdsdirektoratet.

Lindbøl, M. (2007), *Diagnoser utførelser året 2006*. NAV-notat, Arbeids- og Velferdsdirektoratet.

Nordisk Socialstatistisk Komité (2006), *Social tryghed i de nordiske lande 2004. Omfang, udgifter og finansiering*. København.

Sandness, T. (red.) (2007), *Helse og bruk av helsetjenester – forskjeller mellom kvinner og menn*. Statistisk Sentralbyrå.

Sundell, T. (2008), *Utviklingen i sykefraværet, 3.kvartal 2008*. NAV-notat, Arbeids- og Velferdsdirektoratet.

Viten, N. (2008), *Uføreytelser pr. 31. Desember 2007*. NAV-notat, Arbeids- og Velferdsdirektoratet.

Bilagsoversigt

Bilag 1: Spørgeskema til besvarelse af teamledere eller sagsbehandlere på sygedagpengeområdet.

Bilag 2: Mail til kontaktpersoner i jobcentrenes sygedagpengeopfølgning.

Bilag 3: Præsentationsbrev til potentielle interviewpersoner blandt SDM.

Bilag 4: Kontaktmail til alment praktiserende læger.

Bilag 5: Kontaktmail til kommunalt ansatte lægefaglige konsulenter.

Bilag 6: Guide til interview med SDM med diffuse lidelser.

Bilag 7: Guide til fokusgruppeinterview med sagsbehandlere ansat i sygedagpengeopfølgningen.

Bilag 8: Guide til fokusgruppeinterview med alment praktiserende læger.

Bilag 9: Guide til interview med kommunalt ansatte lægefaglige konsulenter.

Bilag 10A: Revalidering. Antal personer, gnsn. varighed og fuldtidspersoner

Bilag 10B: Fleksjob. Antal personer, gnsn. varighed og fuldtidspersoner

Bilag 10C: Førtidspension. Antal personer, gnsn. varighed og fuldtidspersoner

Bilag 11: Nytilkendelser af førtidspension fordelt på årsager, 1998-2006.

Bilag 12: Årsager til fluktuation i antallet af udbetalte sygedagpengedage (Sverige)

Bilag 13: Tabel over de 30 mest almindelige diagnoser, i december 2007 i Sverige

Bilag 14: Antal sygefraværdsdage 3. kvartal 2001-2008 efter diagnose og køn

Bilag 15: Forekomst af udvalgte lidelser efter alder og køn (Norge)

Bilag 16: Oversigt over deltagende sygedagpengemodtagere

Bilag 1

Spørgeskema til survey

Bilag 2

Hej

Jeg kan forstå fra min forskningsassistent, at I overvejer at deltage i undersøgelsen. Det glæder mig. Som du talte med Bodil om, vedhæfter jeg dels beskrivelse af undersøgelsen og dels et brev, som du gerne må give til fem sygedagpengemodtagere, der lever op til følgende krav:

- 1) De skal have været sygemeldt fra en offentlig arbejdsplads
- 2) De skal være ansat i enten a) plejesektoren (fx pædagoger, social- og sundhedsassistenter mv.) eller b) servicesektoren (sekretærer mv.)
- 3) De skal være længerevarende sygedagpengemodtagere, dvs. at de skal have modtaget sygedagpenge i mindst otte uger i træk.
- 4) Deres lidelse skal være diffus (ondt i led, hoved, ryg...), dvs. at de ikke har en fast velkendt diagnose, som nemt kan behandles.
- 5) De må - i forhold til de opstillede kriterier - gerne være "typiske", her tænker vi på alder og sygdomsforløb.

Da der ligger en del organiseringsarbejde i forbindelse med interviewene, så vil vi blive meget glade for en hurtig tilbagemelding. Vi har - som du kan læse i det vedhæftede brev til den sygemeldte - lagt op til, at den sygemeldte fortæller sin sagsbehandler, at han/hun gerne vil deltage. Du/dine kolleger må derfor meget gerne videreformidle kontakten til os hurtigst muligt herefter.

Vi skal bruge fem sygedagpengemodtagere fra din kommune, men I må gerne videreformilde kontakterne løbende, så der ikke vil gå for lang tid fra at den sygemeldte har tilkendegivet at han/hun ønsker at deltage og til at vi tager kontakt.

Vi skal - som du ved - også gennemføre to fokusgruppeinterview med socialrådgivere/sagsbehandlere, der har den daglige kontakt med sygedagpengemodtageren. Du må derfor gerne præsentere undersøgelsen for relevante kolleger, og såfremt de kunne være interesseret i at deltage i et fokusgruppeinterview, så hører vi gerne herom.

Hvis du har spørgsmål, så ring endelig til min forskningsassistent, Bodil Just Christensen, tlf. 38152929.

Venlig hilsen forskningsleder Nanna Mik-Meyer,
Ph.d. og lektor ved Institut for Organisation, Copenhagen Business School

Bilag 3

København, d. 6. august 2008

Hej,

Vi kontakter dig, da vi er ved at gennemføre en større undersøgelse på sygedagpengeområdet. Der findes en del tal på området, men ingen nyere undersøgelser, der først og fremmest inddrager den viden, som den sygemeldte har. Denne undersøgelse vil især fokusere på personer, som har lidelser, der er svære at diagnosticere.

Vi vil i den forbindelse gerne interviewe dig hjemme hos dig selv eller et andet sted i nærheden af din bopæl. Interviewet vil både handle om det at være sygemeldt (generelt set) og om at fejle noget, som lægevidenskaben har svært ved at diagnosticere. De spørgsmål, som vi vil stille dig er fx:

- Hvordan oplever du din situation?
- Kunne din arbejdsplads have gjort noget, for at forhindre sygemeldingen?
- Hvordan forhindrer din lidelse dig i at arbejde?
- Hvordan har dit sygdomsforløb taget sig ud? Etc.

Din deltagelse er selvfølgelig anonym, dvs. at du ikke bliver nævnt med navn. Der deltager ca. 50 sygedagpengemodtagere i undersøgelsen og derudover gennemfører vi interview med læger og socialrådgivere. Undersøgelsen finansieres af Arbejdsdirektoratet og vil blive offentliggjort omkring maj 2009.

Hvis du har lyst til at blive interviewet, så skal du bare give din sagsbehandler besked. Vi vil hurtigt herefter tage kontakt til dig, så vi kan lave en aftale i løbet af august eller september.

Venlig hilsen

Nanna Mik-Meyer

Ph.d. og lektor ved Institut for organisation, Copenhagen Business School.

Bilag 4

Hej

Vi skriver til dig, fordi vi er i gang med en forskningsbaseret undersøgelse om personer med diffuse lidelser. Vi vil i den forbindelse meget gerne lave et fokusgruppe-interview af 1-2 timers varighed med dig og dine kolleger i lægehuset. Formålet med interviewet er at få inddraget jeres fagspecifikke viden om denne gruppe. Jeres deltagelse er selvfølgelig anonym (både på individ- og organisationsniveau). Vi gennemfører i alt 12 fokusgruppe interview med læger spredt rundt i landet.

Undersøgelsen finansieres af Arbejdsmarkedsdirektoratet og fokuserer på langtidssygemeldte (dvs. over 8 uger) sygedagpengemodtagere, der er sygemeldt uden diagnose eller som har symptomer, hvor der ikke eksisterer en fast diagnose, der let kan behandles. Det kan fx være stressrelaterede depressioner, fibromyalgi, kroniske syndromer, piskesmæld, etc.

Vi vedhæfter projektbeskrivelsen, så du og dine kolleger kan få en detaljeret indføring i projektet. Det eneste vi beder om er altså at I afsætter 1-2 timer til et fokusgruppeinterview gennemført i jeres lægehus på et tidspunkt, som passer jer.

Da der ligger en del organiseringsarbejde i forbindelse med organisering af mange interview (også med sygedagpengemodtagere, kommunallæger og kommunale sagsbehandlere), så vil vi blive meget glade for en hurtig tilbagemelding, gerne på mail: bjc.ioa@cbs.dk

Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen, så ring endelig til min forskningsassistent, Bodil Just Christensen, tlf. 38 15 28 10.

Venlig hilsen

Forskningsleder, ph.d. Nanna Mik-Meyer,
Institut for Organisation, Copenhagen Business School

Bilag 5

Hej

Vi skriver til dig, fordi vi er i gang med en forskningsbaseret undersøgelse om personer med diffuse lidelser. Vi vil i den forbindelse meget gerne lave et interview af 1 times varighed med dig. Formålet med interviewet er at få inddraget din fagspecifikke viden om, hvilken rolle lægekonsulenter spiller, når det drejer sig om personer uden en fast diagnose. Din deltagelse er selvfølgelig anonym (både på individ- og organisationsniveau). Vi gennemfører i alt 5 interview med lægekonsulenter, et i hver region.

Undersøgelsen finansieres af Arbejdsmarkedetsdirektoratet og fokuserer på langtidssygemeldte (dvs. over 8 uger) sygedagpengemodtagere, der er sygemeldt uden diagnose eller som har symptomer, hvor der ikke eksisterer en fast diagnose, der let kan behandles. Det kan fx være stressrelaterede depressioner, fibromyalgi, kroniske syndromer, piskesmæld, etc.

Vi vedhæfter projektbeskrivelsen, så du kan få en detaljeret indføring i projektet. Det eneste vi beder om er altså at du kan afsætte 1 time til et interview gennemført på din arbejdsplads, på et tidspunkt, som passer dig.

Da der ligger en del organiseringsarbejde i forbindelse med organisering af mange interview (også med sygedagpengemodtagere, alment praktiserende læger og kommunale sagsbehandlere), vil vi blive meget glade for en hurtig tilbagemelding, gerne på mail: bjc.ioa@cbs.dk

Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen, så ring endelig til min forskningsassistent, Bodil Just Christensen, tlf. 38 15 28 10.

Venlig hilsen

Forskningsleder, ph.d. Nanna Mik-Meyer,
Institut for Organisation, Copenhagen Business School

Bilag 6

Interviewguide til interview med sygedagpengemodtagere

Faktaoplysninger: Alder, diagnose, sygemeldingens varighed, uddannelse, arbejds erfaring

Sygdomsidentitet

1. Hvorfor er du sygemeldt?
2. Hvad fejler du?
3. Hvorfor tror du, at du ikke kan få en præcis diagnose?
4. Hvornår blev du syg?
5. Beskriv dit sygdomsforløb?
6. Hvilke konsekvenser har det, at du er sygemeldt, men ikke kan få en fast diagnose der beskriver dine lidelser?
7. Hvilken beskrivelse af din lidelse passer bedst til din situation (kronisk træthed, stress...)
8. Hvad vil det sige at have denne lidelse? (spørg detaljeret til den lidelse som personen vælger)

Relation til arbejdsmarkedet

9. Hvordan forhindrer din lidelse dig i at arbejde?
10. Har du haft kontakt med din arbejdsplads under din sygemelding (ledelsesforhold, forhindre/forkorte sygemelding, modstand mod at vende tilbage)?
11. Er der forhold på din arbejdsplads, som har medvirket til at du er blevet sygemeldt (arbejdspres, fysisk og psykisk belastning, kollegialt, ledelse)?

Relation til egen læge

12. Hvilken rolle har din læge spillet i forløbet?
13. Hvor ofte har du kontakt til din læge?
14. Hvad mener din læge, at du fejler?
15. Har din læge kunnet hjælpe dig videre?

Relation til sagsbehandler

16. Hvilken rolle har din sagsbehandler spillet i forløbet (flere sagsbehandlere)?
17. Hvor ofte har du kontakt til din sagsbehandler?
18. Hvad mener din sagsbehandler, at du fejler?
19. Har din sagsbehandler kunnet hjælpe dig videre?

Generelt

20. Er der aktører (familie, eksperter, hospitaler, patientforening, fagforening), der har bidraget til en hurtig/langsom sagsbehandling?
21. Er der andre aktører (ditto) som har kunne eller ville kunne hjælpe dig til at blive rask?

Bilag 7

Temaguide til fokusgruppeinterviews med sagsbehandlere

Gruppen af sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser

1. Hvordan definerer I gruppen af langtidssygemeldte med diffuse lidelser?
 - Hvem er de (køn, alder, uddannelse, arbejds erfaring, etnicitet)?
 - Lidelser
 - Sygdomsforløb
2. Kan man tale om 'den typiske langtidssygemeldte', når der er tale om borgere med diffuse lidelser?
 - Hvad kalder I disse borgere?
3. Hvorfor kan disse borgeres symptomer ofte ikke diagnosticeres?
4. Hvad fejler disse patienter i jeres forståelse?
5. Hvordan afgøres det, om borgeren skal have sygedagpenge, når der ikke foreligger en diagnose?

Frekvens

6. Er der flere eller færre sager end for 5 år siden?
7. Hvilke diagnoser har været i vækst gennem de seneste år?
8. Hvilke diagnoser har været faldende gennem de seneste år?

Borgerkontakt

9. Volder disse sager problemer (tidskrævende, skal der tages særlige hensyn, andet)?
10. Oplever I at blive tildelt en rolle som medspiller eller modspiller af denne gruppe borgere?
 - Medspiller: Hvorfor?
 - Modspiller: Hvorfor?
11. Mangler der tilbud til og handlemuligheder i forhold til denne gruppe borgere?

Samarbejde med andre centrale aktører

12. Hvem er jeres vigtigste samarbejdspartnere i forhold til denne gruppe borgere (følg op på svaret med spørg også eksplicit til lægekonsulenter og de alment praktiserende læger)?
13. Hvad samarbejder I om og hvordan fungerer samarbejdet?
14. Vurderer I, at et samarbejde er vigtigt?
15. Oplever I, at de alment praktiserende læger har den samme opfattelse af denne gruppe borgere situation som jer?
16. Hvordan håndteres sager, hvor en diffus lidelse, som ikke anerkendes i det kommunale system, anerkendes af den alment praktiserende læge?

Best practice

17. Er der forhold hos jer, som udgør en vigtig barriere for at hjælpe gruppen bedst muligt?
18. Er der andre aktører (eksperter, hospitaler, patientforening, fagforening), der bidrager til hurtig / langsom sagsbehandling og /eller at højne kvaliteten i arbejdet?
19. Har I ændret på jeres arbejdsgange, for at kunne hjælpe denne gruppe borgere bedre?

20. Hvad kan man gøre mere generelt for, at denne gruppe borgere bliver mindre?

Bilag 8

Temaguide til fokusgruppeinterviews med alment praktiserende læger

Gruppen af patienter med diffuse lidelser

1. Hvordan definerer I gruppen af patienter med diffuse lidelser?
 - Hvem er de (køn, alder, uddannelse, arbejdserfaring, etnicitet)?
 - Lidelser
 - Sygdomsforløb
2. Kan man tale om 'den typiske patient', når der er tale om patienter med diffuse lidelser?
 - Hvad kalder I disse patienter?
3. Hvorfor kan disse patienters symptomer ofte ikke diagnosticeres?
4. Hvad fejler disse patienter i jeres forståelse?
5. Ud fra hvilke kriterier afgør I, om en patient skal sygemeldes, hvis der ikke kan stilles en klar diagnose?

Frekvens

6. Er der flere eller færre af denne type patienter end for 5 år siden?
7. Hvilke diagnoser har været i vækst gennem de seneste år?
8. Hvilke diagnoser har været faldende gennem de seneste år?

Patientkontakt

9. Hvordan oplever I mødet med denne gruppe patienter (volder de problemer, er tidskrævende, etc.)?
10. Er de forskellige fra andre patientgrupper og tager I særlige hensyn eller på anden måde tilpasser konsultationen?
11. Oplever I at blive tildelt en rolle som medspiller eller modspiller af denne gruppe borgere?
 - Medspiller: Hvorfor?
 - Modspiller: Hvorfor?
12. Hvordan kan I hjælpe denne gruppe patienter? (Mangler der fx tilbud til udredning og behandling af deres problemer?)

Samarbejdet med jobcentrene og de lægefaglige konsulenter

13. Hvem er jeres vigtigste samarbejdspartnere i forhold til denne gruppe patienter (følg op på svaret men spørg også eksplicit til lægekonsulenter, sagsbehandlere)?
14. Hvad samarbejder I om og hvordan fungerer samarbejdet?
15. Vurderer I, at et samarbejde er vigtigt?
16. Oplever I, at sagsbehandlere og lægekonsulenter har den samme opfattelse af denne gruppe patienter som jer?

Best practice

17. Er der forhold hos jer, som udgør en vigtig barriere for at hjælpe gruppen bedst muligt?
18. Er der andre aktører (eksperter, hospitaler, patientforening) der spiller positivt eller negativt ind på behandlingsforløbet?
19. Har I ændret på jeres arbejdsgange, for at kunne hjælpe denne gruppe borgere bedre?
20. Hvad kan man gøre mere generelt for, at denne gruppe patienter bliver mindre?

Bilag 9

Interviewguide til interviews med lægekonsulenter

Arbejdsfunktion

21. Hvad er din primære arbejdsfunktion?
22. Hvilken type sager bliver du typisk inddraget i?
 - Hvorfor netop disse?

Definition af gruppen

23. Hvordan definerer du gruppen af langtidssygemeldte med diffuse lidelser?
 - Hvem er de (køn, alder, uddannelse, arbejdserfaring, etnicitet)?
 - Lidelser
 - Sygdomsforløb
24. Kan man tale om 'den typiske langtidssygemeldte', når der er tale om borgere med diffuse lidelser?
 - Hvad kalder du disse borgere?
25. Hvorfor kan disse borgeres symptomer ofte ikke diagnosticeres?
26. Hvad fejler disse patienter i din forståelse?
27. Oplever du, at dit syn på denne gruppe borgere adskiller sig fra de alment praktiserende lægers og/eller deres socialrådgivers syn på dem?

Lægekonsulentens rolle i disse sager

28. Hvordan afgøres det, om borgeren skal have sygedagpenge, når der ikke foreligger en diagnose?
29. Volder disse sager problemer (tidskrævende, skal der tages særlige hensyn, andet)?
 - Hvorfor?
30. Oplever du at blive tildelt en rolle som medspiller eller modspiller af denne gruppe borgere?
 - Medspiller: Hvorfor?
 - Modspiller: Hvorfor?

Frekvens

31. Er der flere eller færre sager end for 5 år siden?
32. Hvilke diagnoser har været i vækst gennem de seneste år?
33. Hvilke diagnoser har været faldende gennem de seneste år?

Samarbejde med andre centrale aktører

34. Hvem samarbejder du mest med?
35. Hvad samarbejder I om og hvordan fungerer samarbejdet?
36. Er der aktører som du gerne ville samarbejde mere med end nu? (om hvad og hvorfor)
37. Er borgerens privat praktiserende læge en vigtig samarbejdspartner i disse sager? (hvorfor/hvorfor ikke?)

Best practice

38. Hvad kan man gøre for at kvalificere arbejdet omkring denne gruppe borgere?

Bilag 10A

A. Revalidering. Antal personer, gnsn. varighed og fuldtidspersoner

| | 2004 | | | 2005 | | |
|-------------|----------------|------------------------|--|----------------|------------------------|--|
| | Antal personer | Antal fuldtidspersoner | Fuldtidspersoner i pct. af arbejdsstyrken 16-66 år | Antal personer | Antal fuldtidspersoner | Fuldtidspersoner i pct. af arbejdsstyrken 16-66 år |
| Hele landet | 30.501 | 19.787 | 0,7 | 29.366 | 18.902 | 0,7 |

| | 2006 | | | 2007 | | |
|-------------|----------------|------------------------|--|----------------|------------------------|--|
| | Antal personer | Antal fuldtidspersoner | Fuldtidspersoner i pct. af arbejdsstyrken 16-66 år | Antal personer | Antal fuldtidspersoner | Fuldtidspersoner i pct. af arbejdsstyrken 16-66 år |
| Hele landet | 27.777 | 17.827 | 0,6 | 24.043 | 15.777 | 0,6 |

Kilde: Kommunale sagsbehandlings- og økonomisystemer

Anm.: Antal personer viser, hvor mange personer der har modtaget den valgte ydelse i kortere eller længere tid inden for den viste periode. Antal fuldtidspersoner er antal personer omregnet til fuldtidspersoner ved hjælp af den gennemsnitlige varighed på den valgte ydelse inden for den viste periode. Arbejdsstyrken er defineret som personer i alderen 16-66 år med tilknytning til arbejdsmarkedet.

Bilag 10B

B. Fleksjob. Antal personer, gnsn. varighed og fuldtidspersoner

| | 2004 | | | 2005 | | |
|-------------|----------------|------------------------|--|----------------|------------------------|--|
| | Antal personer | Antal fuldtidspersoner | Fuldtidspersoner i pct. af arbejdsstyrken 16-66 år | Antal personer | Antal fuldtidspersoner | Fuldtidspersoner i pct. af arbejdsstyrken 16-66 år |
| Hele landet | 36.146 | 29.429 | 1,1 | 42.969 | 35.712 | 1,3 |

| | 2006 | | | 2007 | | |
|-------------|----------------|------------------------|--|----------------|------------------------|--|
| | Antal personer | Antal fuldtidspersoner | Fuldtidspersoner i pct. af arbejdsstyrken 16-66 år | Antal personer | Antal fuldtidspersoner | Fuldtidspersoner i pct. af arbejdsstyrken 16-66 år |
| Hele landet | 47.996 | 40.973 | 1,5 | 52.024 | 44.460 | 1,6 |

Kilde: AMFORA

Anm.: Antal personer viser, hvor mange personer der har modtaget den valgte ydelse i kortere eller længere tid inden for den viste periode. Antal fuldtidspersoner er antal personer omregnet til fuldtidspersoner ved hjælp af den gennemsnitlige varighed på den valgte ydelse inden for den viste periode. Arbejdsstyrken er defineret som personer i alderen 16-66 år med tilknytning til arbejdsmarkedet. Indberetninger fra Nordfyns kommune vedr. fleksjob i 2007 og 2008 er mangelfulde. Kommunen arbejder på at få alle forløb indberettet.

Bilag 10C

C. Førtidspension. Antal personer, gnsn. varighed og fuldtidspersoner

| | 2004 | | | 2005 | | |
|-------------|----------------|------------------------|--|----------------|------------------------|--|
| | Antal personer | Antal fuldtidspersoner | Fuldtidspersoner i pct. af arbejdsstyrken 16-66 år | Antal personer | Antal fuldtidspersoner | Fuldtidspersoner i pct. af arbejdsstyrken 16-66 år |
| Hele landet | 277.649 | 259.769 | 9,4 | 272.185 | 250.724 | 9,1 |

| | 2006 | | | 2007 | | |
|-------------|----------------|------------------------|--|----------------|------------------------|--|
| | Antal personer | Antal fuldtidspersoner | Fuldtidspersoner i pct. af arbejdsstyrken 16-66 år | Antal personer | Antal fuldtidspersoner | Fuldtidspersoner i pct. af arbejdsstyrken 16-66 år |
| Hele landet | 262.492 | 243.020 | 8,8 | 256.281 | 241.393 | 8,6 |

Kilde: KMD's register for sociale pensioner

Anm.: Antal personer viser, hvor mange personer der har modtaget den valgte ydelse i kortere eller længere tid inden for den viste periode. Antal fuldtidspersoner er antal personer omregnet til fuldtidspersoner ved hjælp af den gennemsnitlige varighed på den valgte ydelse inden for den viste periode. Arbejdsstyrken er defineret som personer i alderen 16-66 år med tilknytning til arbejdsmarkedet. Uoplyst område dækker over Den Sociale Sikringstyrelses udbetalinger af pension til personer bosat i udlandet.

Bilag 11

Tabel 3. Nytilkendelser af førtidspension fordelt på årsager, 1998-2006.

| Diagnoser (andel angivet i procenttal) | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Psykiske lidelser | 23 | 27 | 29 | 32 | 35 | 38 | 38 | 41 | 44 |
| Bevægeapparatssygdomme | 15 | 25 | 25 | 24 | 22 | 21 | 22 | 23 | 23 |
| Hjerte- og karsygdomme | 5 | 9 | 9 | 8 | 8 | 8 | 9 | 8 | 7 |
| Kræftsygdomme | 10 | 9 | 9 | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 |
| Sygdomme i nervesystem/sanseorganer | 14 | 8 | 9 | 9 | 8 | 7 | 7 | 7 | 6 |
| Ulykkestilfælde, vold mv. | 13 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 |
| Sygdomme i åndedrætsorganer | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| Social indikation | 8 | 5 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Medfødte misdannelser | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Øvrige diagnoser, inkl. uoplyste | 11 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 9 | 7 | 7 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

(BM 2008:97, bearbejdet tabel/tal fra Ankestyrelsen)

Bilag 12

Sverige. Årsager til fluktuation i antallet af udbetalte sygedagpengedage

- 1987: Sygedagpenge udbetales kun for de dage med indkomstbortfald i de første 14 dage, fra og med dag 15 udbetales sygedagpenge for alle dage i sygeperioden
- 1990: Mulighed for en fjerdedel og tre fjerdedel sygepenge indføres; udbetalingsniveauet sænkes fra 90 til 80% af ordinær indkomst for sygedag 4-90.
- 1992: De første 14 dage af sygeperiode betales nu af arbejdsgiver som sygeløn
- 1993: Beløbet sænkes til 80% fra dag 91 og derudover
- 1996: Beløbet sænkes til 75% i hele sygeperioden
- 1997: Sygeløn udbetalt af arbejdsgiver udstrækkes nu til de første 21 dage
- 1998: Beløbet hæves til 80% i hele sygeperioden; sygelønsperioden begrænses til første 14 dage
- 2003: Beløbet sænkes til 77,6%; sygeløn udstrækkes til første 21 dage
- 2005: Beløbet hæves til 80%, sygeløn begrænses til første 14 dage
- 2008: Beløbet sænkes til 77,6%

Bilag 13

Andel pågående sjukfall av det totala antalet sjukfall i december 2007 fördelat efter enskilda diagnoskoder⁵⁷

De 30 vanligaste diagnoskoderna

| Diagnoskod | Diagnos | Andel av totala antalet diagnoser (procent) | Andel kvinnor och män inom respektive diagnos (procent) | |
|------------------------|---|---|---|------|
| | | | Kvinnor | Män |
| Samtliga diagnos koder | Samtliga diagnoser | 100 | 62,9 | 37,1 |
| | SAKNAS/OKÄND/FELAKTIG | 6,6 | 58,9 | 41,1 |
| F32 | Depressiv episod | 11,4 | 69,2 | 30,8 |
| F43 | Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress | 9,8 | 77,1 | 22,9 |
| M54 | Ryggvärk | 7,4 | 57,7 | 42,3 |
| F41 | Andra ångestsyndrom | 3,6 | 67,9 | 32,1 |
| M79 | Andra sjukdomstillstånd i mjukvävnader som ej klassificeras annorstädes | 3,4 | 80,6 | 19,4 |
| M75 | Sjukdomstillstånd i skulderled | 2,1 | 53,1 | 46,9 |
| M53 | Andra ryggsjukdomar som ej klassificeras annorstädes | 1,8 | 65,9 | 34,1 |
| M25 | Andra ledsjukdomar som ej klassificeras annorstädes | 1,7 | 66,5 | 33,5 |
| M17 | Knäartros | 1,4 | 54,2 | 45,8 |
| F33 | Recidiverande depressioner | 1,4 | 68,2 | 31,8 |
| C50 | Malign tumör i bröstkörtel | 1,4 | 99,8 | 0,2 |
| M77 | Andra entesopatier (sjukdomar i perifera ligament- och muskelfästen) | 1,3 | 66,6 | 33,4 |
| M51 | Andra sjukdomar i mellankotskivorna | 1,1 | 50,7 | 49,3 |
| M16 | Höftledsartros | 1,1 | 49,8 | 50,2 |
| O26 | Vård av modern för andra tillstånd i huvudsak sammanhängande med graviditeten | 1,1 | 100 | 0 |
| S82 | Fraktur på underben inklusive fotled | 0,9 | 48,8 | 51,2 |
| I63 | Cerebral infarkt | 0,9 | 34,6 | 65,4 |
| Z73 | Problem som har samband med svårigheter att kontrollera livssituationen | 0,8 | 78,1 | 21,9 |
| M19 | Andra artroser | 0,7 | 55,3 | 44,7 |
| F31 | Bipolär sjukdom | 0,7 | 61,7 | 38,3 |
| G56 | Mononeuropati (sjukdom i en enda perifer nerv) i övre extremitet | 0,7 | 68 | 32 |
| M23 | Andra sjukliga förändringar i knäled | 0,7 | 41,2 | 58,8 |
| S52 | Fraktur på underarm | 0,6 | 66,7 | 33,3 |
| R53 | Sjukdomskänsla och trötthet | 0,6 | 72,4 | 27,6 |
| I21 | Akut hjärtinfarkt | 0,6 | 25,2 | 74,8 |
| S13 | Luxation och distorsion av leder och ligament i hals och halskotpelare | 0,6 | 60,2 | 39,8 |
| R42 | Yrsel och svindel | 0,5 | 67,3 | 32,7 |
| R52 | Smärta och värk som ej klassificeras annorstädes | 0,5 | 66,8 | 33,2 |
| I10 | Essentiell hypertoni (högt blodtryck utan känd orsak) | 0,5 | 55,6 | 44,4 |
| S83 | Luxation och distorsion i knäets leder och ligament | 0,5 | 43,5 | 56,5 |

⁵⁷ statistik.forsakringskassan.se/rfvexcel/sjf/ars/pagpande_sjukfall_efter_enskild_diagnos_december_2007.xls

Bilag 14

Sykefraværsdagsverk 3 kv 2001-2008 Diagnose og kjønn. Prosent.⁵⁸

| | 2001 | 2004 | 2007 | 2008 |
|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Dagsverk % | Dagsverk % | Dagsverk % | Dagsverk % |
| Menn I alt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Allment og uspesifisert | 4,1 | 4,2 | 5,2 | 5,7 |
| Sykdom fordøyelses organene | 4,7 | 5,0 | 5,4 | 5,4 |
| Hjertekar sykd. | 7,2 | 7,5 | 7,4 | 6,9 |
| Muskel/skjelett-lidelser | 49,8 | 48,5 | 46,9 | 46,6 |
| ... herav ryggliedelser | 17,4 | 15,0 | 13,9 | 13,7 |
| ... herav nakke/skulder/arm | 10,1 | 10,0 | 9,9 | 10,0 |
| Sykdom nervesystemet | 4,1 | 4,6 | 4,5 | 4,5 |
| Psykiske lidelser | 14,8 | 16,0 | 15,8 | 16,6 |
| ... herav lettere psykiske lid | 3,5 | 4,4 | 6,4 | 7,0 |
| ... herav angst/depressive lid | 10,1 | 10,5 | 8,3 | 8,3 |
| Sykdommer i luftveiene | 6,4 | 5,6 | 6,3 | 5,8 |
| Svangerskaps-sykdommer | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Andre lidelser | 8,8 | 8,6 | 8,6 | 8,4 |

| | 2001 | 2004 | 2007 | 2008 |
|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Dagsverk % | Dagsverk % | Dagsverk % | Dagsverk % |
| Kvinner I alt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Allment og uspesifisert | 4,4 | 4,3 | 5,4 | 5,7 |
| Sykdom fordøyelsesorganene | 3,9 | 3,9 | 4,3 | 4,5 |
| Hjertekar sykd. | 3,1 | 3,1 | 3,1 | 2,9 |
| Muskel/skjelett-lidelser | 43,8 | 40,8 | 38,7 | 38,1 |
| ... herav ryggliedelser | 12,1 | 10,5 | 9,7 | 9,3 |
| ... herav nakke/skulder/arm | 11,7 | 10,6 | 10,3 | 10,0 |
| Sykdom nervesystemet | 4,0 | 4,6 | 4,9 | 5,0 |
| Psykiske lidelser | 18,0 | 19,0 | 19,1 | 19,7 |
| ... herav lettere psykiske lid | 4,6 | 5,6 | 8,5 | 9,3 |
| ... herav angst/depressive lid | 12,8 | 12,8 | 10,0 | 9,7 |
| Sykdommer i luftveiene | 6,2 | 5,1 | 5,8 | 5,3 |
| Svangerskaps-sykdommer | 6,9 | 9,6 | 9,6 | 9,8 |
| Andre lidelser | 9,7 | 9,6 | 9,2 | 9,1 |

⁵⁸ <http://www.nav.no/155101.cms>

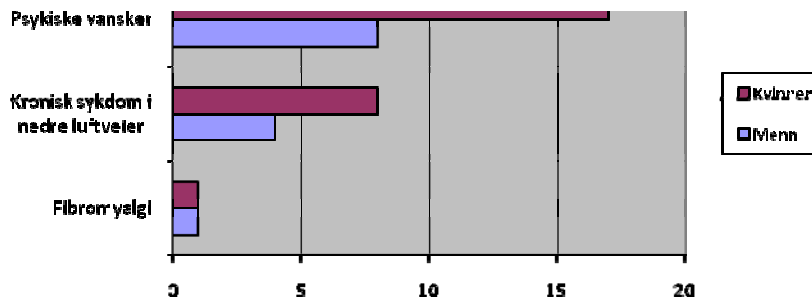
Bilag 14

| | 2001 | 2004 | 2007 | 2008 | Sykefraværsdagsverk 3 kv 2001-2008 Diagnose Prosent. ⁵⁹ |
|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|--|
| | Dagsverk % | Dagsverk % | Dagsverk % | Dagsverk % | |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| Allment og uspesifisert | 4,3 | 4,2 | 5,3 | 5,7 | |
| Sykdom fordøyelses organene | 4,3 | 4,4 | 4,8 | 4,9 | |
| Hjertekar sykd. | 5,0 | 5,1 | 5,0 | 4,7 | |
| Muskel/skjelett-lidelser | 46,6 | 44,3 | 42,3 | 41,9 | |
| ... herav rygglidelser | 14,6 | 12,5 | 11,6 | 11,3 | |
| ... herav nakke/skulder/arm | 11,0 | 10,3 | 10,1 | 10,0 | |
| Sykdom nervesystemet | 4,1 | 4,6 | 4,7 | 4,8 | |
| Psykiske lidelser | 16,5 | 17,6 | 17,6 | 18,3 | |
| ... herav lettere psykiske lid | 4,1 | 5,1 | 7,5 | 8,3 | |
| ... herav angst/depressive lid | 11,5 | 11,8 | 9,2 | 9,1 | |
| Sykdommer i luftveiene | 6,3 | 5,4 | 6,0 | 5,5 | |
| Svangerskaps-sykdommer | 3,7 | 5,2 | 5,3 | 5,5 | |
| Andre lidelser | 9,3 | 9,1 | 8,9 | 8,8 | |

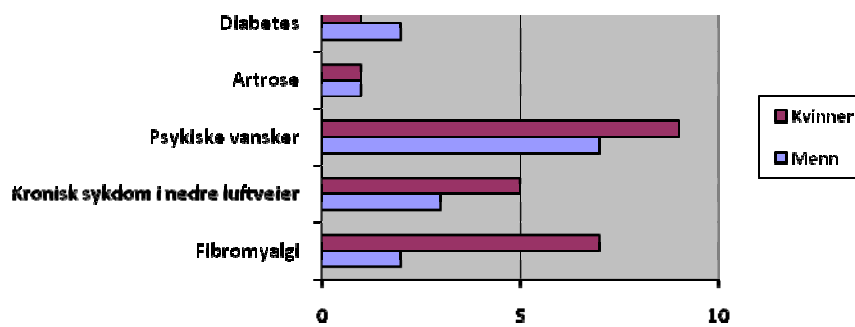
⁵⁹ <http://www.nav.no/155101.cms>

Bilag 15

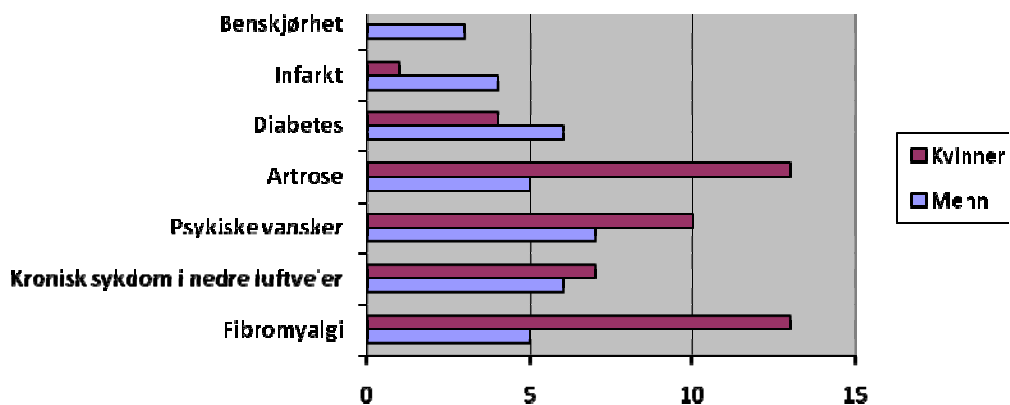
Forekomst av utvalgte lidelser. Menn og kvinner 16-24 år. Prosent. 2005⁶⁰



Forekomst av utvalgte lidelser. Menn og kvinner 25-44 år. Prosent. 2005



Forekomst av utvalgte lidelser. Menn og kvinner 45-66 år. Prosent. 2005



⁶⁰ Sandness, 2007

Bilag 16: Oversigt over deltagende SDM personlige situation

| By og region | Navn, alder, civilstand, børn | Diagnose, sygemeldingens varighed, medicin | Uddannelse, ansat/ledig, |
|----------------------------------|---|--|--|
| Region Nordjylland ⁶¹ | Jette, 36 år, gift, mor til tre børn på hhv. 5, 8 og 11 år. | Stressbetinget depression, sygemeldt i 11 mdr., tager antidepressiv medicin. | Folkeskolelærer, sygemeldt fra vikariat, som nu er ophørt. |
| Region Hovedstaden | Hawah (pakistansk baggrund), 43 år, gift, mor til tre hjemmeboende børn på hhv. 25, 22 og 19 år. | Fibromyalgi, depression og mavesår, sygemeldt i 24 mdr., tager mavesårsmedicin og smertestillende medicin. | Regnskabsassistent, afskediget fra et kontorjob. |
| Region Hovedstaden | Majken, 48 år, aleneboende, mor til 2 døtre på hhv. 27 og 18 år, den yngste bor hjemme. | Stress, sygemeldt i fem mdr. | Socialpædagog, sygemeldt fra en lederstilling i en børnehave. |
| Region Sjælland | Mia, 41 år, gift, mor til hjemmeboende 20årig. | Slidgigt og sukkersyge, sygemeldt i 18 mdr., tager insulin og kolesterolsænkende medicin. | Ingen uddannelse, arbejdet ufaglært i en række brancher, afskediget fra plejehjem. |
| Region Sjælland | Birgitte, 52 år, gift, mor til to voksne børn. | Ingen diagnose, sygemeldt i to mdr. pga diffuse smerter, under udredning for fibromyalgi, tager smertestillende medicin. | Sygehjælper, afskediget fra plejehjem. |
| Region Syddanmark | Christine, 30 år, mor til en søn på tre år, samlevende med barnets far. | Stress, depression og diffuse smerter, sygemeldt i 30 mdr., tager antidepressiv medicin. | kontorassistent, afskediget fra kommunalt kontorjob. |
| Århus, Region Midtjylland | Peter, 40 år, aleneboende, fraskilt, far til tre | Depression, sygemeldt i seks mdr., tager ingen medicin | Pædagog, afskediget fra fritidsklub |
| Århus, Region Midtjylland | Vigga, 52 år, aleneboende, mor til to voksne børn | Depression, sygemeldt i 18 mdr., tager antidepressiv medicin. | Social- og sundhedsassistent, afskediget fra sygehus, pt. i arbejdsprøvning |
| Esbjerg, Region Syddanmark | Heidi, 49 år, gift, mor til to voksne børn. | Diskusprolaps og fibromyalgi, sygemeldt i otte mdr., tager smertestillende medicin. | Pædagog, sygemeldt fra kommunal lederstilling. |
| Esbjerg, Region Syddanmark | Kim (thailandsk baggrund), 34 år, mor til en 12årig søn, separeret fra barnets far, samlevende med kæreste. | Ingen diagnose, sygemeldt otte mdr. pga. diffuse smerter i fødderne, tager ingen medicin. | Social- og sundhedshjælper, afskediget fra plejehjem. |
| Esbjerg, Region Syddanmark | Betina, 33 år, mor til en 4årig søn, samlevende med barnets far. | Ingen diagnose, sygemeldt i syv mdr. pga. gentagne infektionssygdomme | Pædagog, ved sygemelding ansat i et vikariat, som nu er ophørt. |
| Kolding, Region | Elke, 50 år, gift, mor til to | Tennisalbuer og depression, | Social- og |

⁶¹ Vi har valgt at udelade bynavn for de første seks SDM, dvs. for Jette, Hawah, Majken, Mia, Birgitte og Christine, samt at ændre lidt på deres personlige historier. I kapitel seks forefindes nemlig en detaljeret analyse, som tager afsæt i disse seks personers fortællinger, og vi har derfor været nødt til at ændre på ovennævnte forhold, så vi har kunne sikre dem fuld anonymitet.

| | | | |
|-----------------------------|--|---|---|
| Syddanmark | voksne børn fra tidligere ægteskab. | sygemeldt i tolv mdr., tager smertestillende og antidepressiv medicin | sundhedshjælper, afskediget fra plejehjem. |
| Kolding, Region Syddanmark | Mette, 52 år, gift, mor til to voksne børn. | Psoreasisgigt, sygemeldt i 36 mdr., tager smertestillende medicin. | Social- og sundhedsassistent, var ved sygemelding tilknyttet et vikarbureau. |
| Århus, Region Midtjylland | Lilian, 52 år, aleneboende, mor til voksen datter. | Stress, sygemeldt i 15 mdr., tager ingen medicin. | Folkeskolelærer, afskediget fra skole |
| Horsens, Region Midtjylland | Jacobine (grønlandsk baggrund), 50 år, gift, mor til to voksne børn fra tidligere ægteskab. | Depression, sygemeldt i 14 mdr., tager antidepressiv medicin. | Socialpædagog, afskediget fra institution for udviklingshæmmede. |
| Odense, Region Syddanmark | Lotte, 52 år, gift, mor til to børn, hvoraf den yngste stadigt er hjemmeboende. | Ingen diagnose, sygemeldt i fire mdr. pga. diffuse smerter og svimmelhed, blodtryks-sænkende, smertestillende og beroligende medicin. | Bioanalytiker, sygemeldt fra hospital. |
| Odense, Region Syddanmark | Naji (somalisk baggrund), 27 år, aleneboende, fraskilt, mor til en 2årig datter og en 4årig søn. | B- og D-vitaminmangel, har været sygemeldt i fire mdr., får D-vitamininjektioner, tager kalk, B-vitamin og smertestillende medicin. | Ingen uddannelse, sygemeldt fra job som uuddannet social- og sundhedshjælper. |
| Odense, Region Syddanmark | Grethe, 52 år, gift, mor til to biologiske og fire stedbørn, alle voksne. | Ingen diagnose, sygemeldt i to mdr. pga. diffuse smerter, under udredning for gigt, tager smertestillende medicin | Social- og sundhedsassistent, er sygemeldt fra et job i hjemmeplejen. |
| Odense, Region Syddanmark | Lise, 40 år, aleneboende fraskilt, mor til 13årig søn. | Piskesmæld, sygemeldt i tolv mdr., tager smertestillende og stofskiftemedicin. | Buschauffør, afskediget fra busselskab. |
| Holbæk, Region Sjælland | Ellen, 53 år, gift, mor til to voksne børn. | Fibromyalgi, deltidssygemeldt i syv mdr., tager smertestillende medicin. | Pædagog, deltidssygemeldt, arbejder 20 timer/uge i en inst. |
| Ålborg, Region Nordjylland | Pernille, 48 år, gift, mor til en voksen søn. | Ingen diagnose, sygemeldt i to mdr. pga. diffuse smerter, som hun har haft i årevis, tager smertestillende medicin. | Ingen uddannelse, arbejdet som pædagogmedhjælper i 27 år, har paragraf 56-tilkendelse siden 2005. |
| Ålborg, Region Nordjylland | Annette, 40 år, mor til tre hjemmeboende børn, samlevende med børnenes far. | Udbrændthed og depression, sygemeldt i to mdr. | Folkeskolelærer, sygemeldt fra specialskole. |
| Slagelse, Region Sjælland | Sofie, 34 år, aleneboende. | Stress, sygemeldt i 3½ mdr., tager antidepressiv medicin. | Sygeplejerske, er netop startet på arbejde på nedsat tid. |
| Slagelse, Region Sjælland | Maja, 61 år, gift, mor til to voksne børn. | Stress og depression, sygemeldt i fire mdr., tager sovemedicin. | Kontorassistent, afskediget som mellemlider i forbindelse med Strukturreformen i 2007. |
| Rødby, Region Sjælland | Josefine, 35 år, gift, mor to døtre på hhv. 6 og 12 år. | Colon irritable og depression, sygemeldt i 72 mdr., tager antidepressiv og smertestillende medicin. | Ingen uddannelse, har arbejdet ufaglært i omsorgssektoren. |
| Nakskov, Region Sjælland | Anne, 54 år, gift, mor til fire voksne børn af tidligere | Fibromyalgi, sygemeldt i 23 mdr., tager smertestillende medicin. | Ingen uddannelse, arbejdet ufaglært i hjemmeplejen, |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| | ægteskab. | | sygemeldt fra udd. til social- og sundhedshjælper |
| Holstebro, Region Midtjylland | Karin, 44 år, gift, mor til to drenge på hhv. 12 og 16 år. | Piskesmæld og deraf følgende depression og stress, sygemeldt i 18 mdr., tager smertestillende medicin. | Pædagog, deltidssygemeldt fra en skole. |
| Holstebro, Region Midtjylland | Camilla, 54 år, gift, mor til to voksne børn. | Ingen diagnose, sygemeldt i tre mdr. pga. diffuse smerter, under udredning for diskusprolaps, tager smertestillende medicin. | Ingen uddannelse, deltidssygemeldt fra rengøringsjob, arbejder 10 timer/ugen |
| Holstebro, Region Midtjylland | Else, 58 år, gift, mor til to voksne børn. | Stress, sygemeldt i 6 mdr., tager antidepressiv medicin. | Pædagog, sygemeldt fra botilbud. |
| Holstebro, Region Midtjylland | Lone, 51 år, fraskilt, aleneboende, mor til tre døtre, hvoraf to er hjemmeboende. | Ingen diagnose, sygemeldt i 4½ mdr., mener selv hun lider af stress. | Pædagog, sygemeldt fra job i kommunen. |
| Holstebro, Region Midtjylland | Inger, 45 år, gift, mor til fire børn af tidligere ægteskab, to bor stadig hjemme. | Otosclerose og stress, sygemeldt i 2½ mdr. | Ingen uddannelse, sygemeldt fra job som dagplejer. |
| Frederikshavn, Region Nordjylland | Marian (grønlandsk baggrund), 42 år, fraskilt, mor til fire børn, hvoraf de to yngste er hjemmeboende og en bor i Grønland. | Depression, sygemeldt i tre mdr., tager antidepressiv medicin. | Social- og sundhedshjælper, sygemeldt fra plejehjem |
| Frederikshavn, Region Nordjylland | Birgit, 45 år, gift, mor til to børn, hvoraf den yngste er hjemmeboende. | Stress, sygemeldt i 3 mdr. | Ergoterapeut, deltidssygemeldt og arbejde 16 timer/ugen |
| Frederikshavn, Region Nordjylland | Jens, 37 år, gift, far til tre børn på hhv. hhv. 7 og 3 år samt 4½ måned. | Depression, sygemeldt i fire mdr., tager antidepressiv medicin. | Portør, er netop blevet "fuldtidsraskmeldt". |
| Slagelse, Region Sjælland | Judy, 33 år, samlevende med sin kæreste. | "Potentiel udbrændthed" og stress, sygemeldt i 20 mdr., | Socialrådgiver, afskediget fra kommunal stilling. |
| Slagelse, Region Sjælland | Marlene, 38 år, aleneboende. | Ingen diagnose, sygemeldt i 3½ mdr. pga. "sårbarhed". | Ingen uddannelse, afskediget fra botilbud. |
| København, Region Hovedstaden | Helen, 60 år, fraskilt, mor til har to voksne børn. | Ingen diagnose, sygemeldt i 8 mdr. pga. diffuse smerter, tager smertestillende medicin. | Pædagog, sygemeldt fra et job som leder af en vuggestue. |
| Hjørring, Region Nordjylland | Henriette, 32 år, gift, mor til tre døtre på hhv. 11, 9 og 4 år. | Piskesmæld, sygemeldt i 18 mdr., tager smertestillende medicin. | Social- og sundhedshjælper, afskediget fra hjemmeplejen. |
| Hjørring, Region Nordjylland | Janett, 44 år, gift, mor til to sønner på 17 og 23 år, den yngste bor hjemme. | Depression, sygemeldt i 11 mdr. | Pædagog, har sagt sit job i en børnehave op. |
| Hjørring, Region Nordjylland | Rikke, 45 år, aleneboende, mor til to hjemmeboende sønner på 13 og 18 år. | Ingen diagnose, sygemeldt i en mdr. pga. hjertekramper og mistanke om stress, tager smertestillende medicin for slidgigt samt blodfortyndende medicin. | Folkeskolelærer, deltidssygemeldt fra en lederstilling |
| København, Region Hovedstaden | Marianne, 56 år, samlevende med sin kæreste. | Stress og depression, sygemeldt i 12 mdr. | Pædagog, afskediget fra lederstilling. |
| København, Region Hovedstaden | Dorthea, 54 år, gift, mor til to voksne børn. | Fibromyalgi (har desuden slidgigt og diabetes), sygemeldt i 21 mdr., tager smertestillende og beroligende medicin. | Kontoruddannet med juridisk efteruddannelse. Har arbejdet i staten |