



SOCIAL  
FORSKNINGS  
INSTITUTTET

# LANGVARIGT SYGEFRAVÆR

– Hvad sker der og hvordan går det?

JAN HØGELUND / TRINE FILGES / SØREN JENSEN



03:20

# LANGVARIGT SYGEFRAVÆR

– Hvad sker der og hvordan går det?

JAN HØGELUND / TRINE FILGES / SØREN JENSEN

KØBENHAVN 2003  
SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTET  
03:20

# FORORD

Denne rapport belyser forløbet og udfaldet af langvarige sygemeldinger. Det belyses blandt andet, hvordan kommunerne griber sagsbehandlingen an, om de sygemeldte er tilfredse med kommunens indsats, om de sygemeldte må vente på lægelig behandling, hvor ofte de kommer i arbejde, om kommunernes opfølgningssamtaler forøger de sygemeldtes chance for at komme i arbejde, og hvordan forskellige virksomhedsforhold påvirker de sygemeldtes efterfølgende tilknytning til arbejdsmarkedet.

Rapporten bygger på et omfattende datamateriale: telefoninterview med 1.581 personer med en afsluttet sygedagpengesag af mere end 8 ugers varighed, oplysninger fra kommunerne om sagsbehandlingen af dagpengesagerne, oplysninger fra kommunerne om deres administrative politik på sygedagpengeområdet og registeroplysninger om de sygemeldtes benyttelse af sundhedsvæsnets ydelser og om de virksomheder, hvorfra de blev sygemeldt. Fra undersøgelsen er der tidligere udgivet to arbejdsrapporter.

Forskningschef cand.psyk. Vilhelm Borg, Arbejdsmiljøinstituttet, har læst manuskriptet og takkes for gode og konstruktive kommentarer. En sådan tak rettes også til undersøgelsens følgegruppe. Chefkonsulent cand.stat. Peter Christian Linde fra Danmarks Statistik og lektor cand.polit., ph.d. Anders Holm takkes for statistisk vejledning. Seniorforsker cand.oecon., ph.d. Henning Bjerregård Bach har forestået udvælgelsen af undersøgelsens kommuner og sygemeldte,

og stud.scient.oecon. Peter Pico Geerdsen har udført data- og edb-arbejdet til kapitel 3.

Beskæftigelsesministeriet har finansieret undersøgelsen, som er gennemført i forskningsafdelingen Beskæftigelse og Erhverv. Seniorforsker, cand.polit., ph.d. Jan Høgelund har været undersøgelsens projektleder. Rapportens forfattere er præsenteret bagerst i publikationen.

Endelig skal der lyde en tak til de sygemeldte og medarbejdere i kommunerne, som har medvirket i undersøgelsen.

København, november 2003

*Jørgen Søndergaard*

# RESUME

Selvom Danmark internationalt set har et lavt sygefravær, er det kommet i fokus de senere år. Det skyldes formodentlig, at arbejdsstyrken forventes at blive mindre, og at udbetalingerne af sygedagpenge er øget i 90'erne. En øget fastholdelse på arbejdsmarkedet af langvarigt sygemeldte er én af de veje, man kan gå for at reducere sygefraværet og øge arbejdsudbuddet. Især kommunernes sygedagpengeopfølgning og øget inddragelse af arbejdsgivere har i de seneste år været anvendt i bestræbelserne på at øge fastholdelsen. For eksempel er kommunernes pligt til at følge op i sygedagpengesager fremrykket fra hver 13. uge til hver 8. uge, og det er præciseret, at opfølgningen skal ske i samarbejde med den sygemeldte og andre vigtige aktører herunder arbejdsgiveren. Samtidig har man forsøgt, at få virksomheder til at tage et større ansvar for personer med helbredsproblemer ved fx løntilskud til fleksjob, holdningskampagner og oprettelse af lokale koordinationsudvalg.

Rapporten undersøger, om kommunernes opfølgningssamtaler forøger de sygemeldtes chance for at komme i arbejde, og hvordan forskellige virksomhedsforhold og andre forhold påvirker de sygemeldtes efterfølgende tilknytning til arbejdsmarkedet. Herudover belyses blandt andet, hvordan kommunerne griber sagsbehandlingen an, om de sygemeldte er tilfredse med kommunens indsats, og om de sygemeldte må vente på lægelig behandling.

Rapporten bygger på en interviewundersøgelse blandt 1.967 personer med en afsluttet sygedagpengesag af over 8 ugers varighed og

oplysninger fra kommunerne om sagsbehandlingen af disse dagpengesager. Hertil kommer spørgeskemaoplysninger blandt undersøgelsens 52 kommunerne om deres administrative politik på sygedagpengområdet og registeroplysninger om blandt andet de virksomheder, hvorfra dagpengemodtagerne blev sygemeldt.

Lønmodtagere med få ressourcer bliver oftest langvarigt sygemeldt

Risikoen, for at lønmodtagere bliver sygemeldt i mere end 8 uger, afhænger tilsyneladende af både helbredsmæssige og faglige ressourcer. Lønmodtagere med forholdsvis begrænsede helbreds- og uddannelsesmæssige ressourcer har således en forholdsvis stor risiko for at blive langvarigt sygemeldt. En væsentlig undtagelse er, at lønmodtagere med en langvarig og tæt tilknytning til arbejdsmarkedet – som derfor normalt anses for at have mange ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet – ofte bliver langvarigt sygemeldt. Det kan afspejle, at en tæt tilknytning til arbejdsmarkedet medfører en nedslidning, som øger sandsynligheden for at blive sygemeldt.

En mindre del af de sygemeldte har lange ventetider  
Stort set alle de sygemeldte har været i kontakt med sundhedsvæsenet. 99 procent af de sygemeldte har således enten været hos egen læge, speciallæge, fysioterapeut eller været indlagt på sygehus på grund af de helbredsproblemer, de blev sygemeldt for. Sygemeldte med et forholdsvis langt fravær har tilsyneladende de mest komplicerede sygdomsforløb: jo længere sygemeldingen varer jo flere kontakter til sundhedsvæsenet og jo flere forskellige former for behandling.

Den gennemsnitlige samlede ventetid til undersøgelse/behandling hos speciallæge og fysioterapeut samt indlæggelse på sygehus er 4,7 uger. Dette dækker over, at en lille gruppe har meget lange ventetider, mens langt de fleste har haft forholdsvis korte ventetider. Der er således 10 procent, som i alt har ventet mere end 13 uger, 24 procent har ventet under 4 uger, mens 50 procent ikke har ventet på undersøgelse/behandling (inkl. 11 procent som ikke modtog behandling/blev undersøgt).

Kommunerne bruger sjældent eksperter

De fleste kommuner benytter såkaldte visitationskategorier til at opdele sygedagpengesager i “glatte sager” og “tunge sager”. På den

måde prioriteres mellem sager, hvor der ikke behøves en særlig indsats og sager, hvor der er behov for en særlig indsats.

I forbindelse med dagpengeopfølgningen anvender omkring halvdelen af kommunerne et spørgeskema eller en checkliste, når de indhenter oplysninger om den sygemeldte. Det er med til at sikre, at der gives nogenlunde ensartet opfølgning. De andre forvaltninger gør det efter et skønnet behov i den enkelte sag. Brugen af eksperter er ikke særlig udstrakt og begrænser sig overvejende til lægekonsulenter, som alle sygedagpengeafsnit gør brug af. Omkring 3/4 af forvaltningerne har forpligtende partnerskabsaftaler med områdets virksomheder, hvori det aftales at samarbejde om at få sygemeldte personer tilbage til arbejdsmarkedet.

I 22 procent af sagerne finder opfølgningssamtale sted inden 8 uger

For at forebygge udstødning fra arbejdsmarkedet har kommunerne pligt til opfølgning på sygedagpengesager senest efter 8 ugers sygefravær. Opfølgningen skal blandt andet ske på grundlag af lægelige oplysninger og kontakt til den sygemeldte. Hvis det skønnes nødvendigt, skal opfølgningen ske ved en personlig samtale med den sygemeldte.

Kommunerne oplyser, at der er afholdt opfølgningssamtale i 65 procent af sagerne. I 22 procent af sagerne er det sket inden 8 uger, i 21 procent mellem 8. uge og 3. måned efter sygemeldingens begyndelse, og i 22 procent er opfølgningssamtale afholdt senere. I 60 procent af sagerne er der indhentet lægelige oplysninger udover lægeattest.

Kommunen skal tage stilling til, om der er behov for at udarbejde en opfølgningsplan, som beskriver planlagte tiltag samt målet med indsatsen, fx ordinær beskæftigelse. En opfølgningsplan skal under alle omstændigheder være udarbejdet inden for 6 måneder. Kommunerne lever tilsyneladende ikke fuldt op til dette krav. I mere end hver tredje sag, som varer mere end et halvt år, er der således ikke udarbejdet opfølgningsplan.

Både når det gælder opfølgningssamtaler og opfølgningsplaner, tyder resultaterne på, at kommunerne prioriterer sager, hvor der på forhånd må formodes at være størst behov for en særlig indsats. Opfølgningssamtaler afholdes således især med sygemeldte, som til-

sygneladende har forholdsvis dårligt helbred og begrænsede ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet. Samtidig ser det ud til, at det tidligt i sagen kan være vanskeligt at adskille lette og tunge sager. Der er sager, hvor der ikke har været afholdt tidlig opfølgningssamtale, og hvor de sygemeldte under sygemeldingen har mistet deres arbejde. I disse sager har der tilsyneladende været behov for en tidlig indsats.

I forbindelse med opfølgningen har kommunen haft kontakt til fagforening eller a-kasse i 8 procent af sagerne, og i 1 procent af sagerne har der været kontakt til arbejdsformidlingen. Revalidering er iværksat i hver tiende sag, men kommunerne er tilsyneladende opmærksomme på muligheden, idet det er drøftet i hver femte sag. Delvis raskmelding iværksættes i hver femte sag. Kommunerne inddrager tilsyneladende kun i beskedent omfang de sygemeldtes arbejdsgivere. Der har således været kontakt til arbejdsgiveren i 14 procent af alle sager og afholdt møde med arbejdsgiveren i 5 procent.

#### Udbredt tilfredshed med kommunens indsats

Sygemeldte, som har taget stilling til kommunens indsats, er gennemgående positivt indstillet. Det er især sygemeldte med en forholdsvis lang sygemelding, som er mest positive, når det gælder den samlede vurdering af kommunens indsats. Personer med en lang sygemelding oplever dog oftere end dem med en kortere sygemelding, at de havde lille indflydelse på deres egen sag.

27 procent af de sygemeldte oplyser, at arbejdsgiveren tilbød, at de kunne få nedsat arbejdstid. De sygemeldte blev kun i beskedent omfang tilbudt andet job på virksomheden, en særlig indretning/tilpasning af arbejdspladsen eller et nyt job, hvor der ikke kræves fuld arbejdsindsats.

De sygemeldte, som stadig er ansat hos arbejdsgiveren, har den mest positive vurdering af arbejdsgiverens indsats. Men også en del af de sygemeldte, hvor ansættelsesforholdet er ophørt, er positive. Der er således 38 procent af dem, som blev fyret, og 46 procent af dem, som selv sagde op, som er helt eller delvist enige i, at arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne for at bevare ansættelsesforholdet. Arbejdsgiverens vilje har tilsyneladende været til stede i en del tilfælde, som alligevel er endt med en afslutning af ansættelsesforholdet.



## Tidlig opfølgningssamtale hjælper sygemeldte lønmodtagere

Undersøgelsens sygemeldte lønmodtagere blev interviewet i gennemsnit 18 måneder efter første fraværsdag. I løbet af denne periode kom 51 procent tilbage i ustøttet arbejde hos den gamle arbejdsgiver, 16 procent hos en ny arbejdsgiver, mens 34 procent ikke kom i ustøttet arbejde.

Analyserne viser, at både forhold vedrørende de sygemeldte, de virksomheder de kommer fra, og kommunernes indsats har betydning for, om langvarigt sygemeldte kommer i arbejde. Personer med forholdsvis dårligt helbred og begrænsede faglige kompetencer har mindre chance for at komme i arbejde end sygemeldte med flere helbredsmæssige og faglige ressourcer.

Chancen for at blive fastholdt på sygemeldingsvirksomheden er forholdsvis stor, når virksomheden har et højt lønniveau. Det kan måske afspejle, at virksomheder med en videnstung produktion har særlig tilskyndelse til at fastholde sygemeldte medarbejdere, og derfor har en særlig socialt ansvarlig personalepolitik.

Afholdelse af opfølgningssamtale inden 8 uger øger de sygemeldtes chance for at blive fastholdt hos den gamle arbejdsgiver. Effekten aftager imidlertid hurtigt: jo længere tid efter samtalen desto mindre er effekten. Den positive effekt kan skyldes, at der tidligt i sygeforløbet opnås en afklaring af, hvornår den sygemeldte kan vende tilbage i arbejde. Denne afklaring giver arbejdsgiveren og den sygemeldte en vis sikkerhed for, at ansættelsesforholdet kan fortsætte. Dermed kan tidlig opfølgningssamtale være med til at forhindre, at den sygemeldte afskediges. Den positive effekt kan også hænge sammen med, at opfølgningssamtalen har en motivations- eller skræmmeeffekt, som får nogle sygemeldte til at forsøge at genoptage deres arbejde tidligt, hvormed fyring undgås.

Mange langvarigt sygemeldte regner med at komme i arbejde

38 procent af alle de sygemeldte – både sygemeldte lønmodtagere og sygemeldte ledige - var ikke i arbejde, da de blev interviewet i gennemsnit ca. 18 måneder efter deres første sygefraværsdag. Blandt disse svarer mere end halvdelen, at de regner med at komme i arbejde på normale vilkår eller på vilkår, hvor der tages særlige hensyn. På den baggrund ser det ud til, at der er et anseligt uudnyttet potentiale af arbejdskraft blandt langvarigt sygemeldte. På den anden side ser det ud til, at det vil være vanskeligt at få væsentligt flere af de sygemeldte i arbejde under de nuværende omstændigheder – med de nuværende økonomiske konjunkturer og den nuværende sygefraværspolitik m.v. Analyserne tyder således på, at den gruppe af sygemeldte, som ikke er kommet i arbejde efter de første 6-8 måneder af sygemeldingen, gennemgående har meget små chancer for at komme i arbejde.

# INDHOLD

## FORORD

## RESUME

1	SAMMENFATNING	16
	Baggrund og formål	16
	Undersøgelsens data	18
	Sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet – en teoretisk forståelse	19
	Hvordan går det de sygemeldte – et første kig på tallene	21
	Langvarigt sygemeldte - hvem er de og hvor er de beskæftiget?	22
	Kontakt til sundhedsvæsenet og ventetider	24
	Kommunernes organisering af sygedagpengeindsatsen	25
	Kommunernes sygedagpengeopfølgning	27
	Sygedagpengemodtagernes vurdering af sygemeldingens forløb	30
	Vurdering af kommunens indsats	30
	Vurdering af arbejdsgiverens indsats	31
	Integration på arbejdsmarkedet	32
	Kan flere sygemeldte komme i arbejde?	34

	Diskussion: Flere sygemeldte i arbejde – hvordan?	36
	Fastholdelse er det største problem	36
	Øget brug af tidlig opfølgningssamtale kan øge fastholdelsen	37
	Tilskud, information og tilpasning af arbejdsforholdene	38
2	LANGVARIGT SYGEMELDTE	42
	Et væsentligt samfundsproblem	42
	De politiske instrumenter	43
	Forhold som påvirker sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet	44
	Individuelle karakteristika: helbred, kvalifikationer og kompetencer har stor betydning	45
	Sundhedsfaglig indsats: raskmelding eller sygeliggørelse	45
	Den socialfaglige indsats: hjælp til at komme i arbejde eller klientgørelse	47
	Job på særlige vilkår: kan øge mulighederne for at komme i arbejde	47
	Gammel arbejdsgiver: fastholdelse eller udstødning	47
	Ordinære arbejdsmarked: efterspørgsel efter arbejdskraft forbedrer chancen for at få nyt arbejde	48
	Ordninger med overførselsindkomst: kan trække langvarigt sygemeldte væk fra arbejdsmarkedet	48
	Forsørgelse via familie/formue: giver bedre mulighed for at forlade arbejdsmarkedet	49

	Det giver rapporten svar på	50
	Undersøgelsens baggrund og data	51
	Interviewoplysninger	52
	Spørgeskemaoplysninger om kommunernes sagsbehandling	53
	Spørgeskemaoplysninger om kommunernes administration	53
	Registeroplysninger	53
	Sammenkobling af data	54
	Kort om fordele og ulemper ved datamaterialet	54
	Hvordan går det de sygemeldte – et første kig på tallene	54
3	LANGVARIGT SYGEMELDTE – HVEM ER DE OG HVOR ER DE BESKÆFTIGET?	60
	Hvilke lønmodtagere bliver langvarigt sygemeldt – og hvor arbejder de?	61
	Person-karakteristika	61
	Virksomheds-karakteristika	63
	En samlet analyse af sandsynligheden for at blive sygemeldt i mere end 8 uger	69
	Helbred og uddannelse spiller en væsentlig rolle	74
	Sygemeldt fra arbejde eller ledighed	74
	Sygemeldte, der kommer fra ledighed, har færre ressourcer	76
	Konklusion på begge analyser	76
4	KONTAKT TIL SUNDHEDSVÆSENET OG VENTETIDER	78
	Diagnosen påvirker kontakten til sundhedsvæsenet	78
	Langt fravær kræver mere behandling	79
	De fleste oplever ikke lange ventetider i sundhedssystemet	81

5	KOMMUNERNES ORGANISERING AF SYGEDAGPENGEINDSATSEN	90
	52 kommuner er blevet spurgt	91
	Opstarten af en sygedagpengesag	91
	De fleste henter oplysninger efter skønnet behov	92
	Mange benytter visitationskategorier	93
	Opfølgning på sagen	95
	Hver anden kommune skønner behovet for opfølgende information	95
	Over halvdelen har retningslinier for en opfølgingsplan	96
	Mange skifter sagsbehandler	96
	De fleste skønner om sagen haster	97
	Mange kommuner har ændret praksis	97
	Anvendelse af eksperter	98
	Lægen er den mest brugte ekspert	98
	Kontrol med sagsgangen	100
	Samarbejdet med virksomheder	101
	De fleste kommuner informerer virksomhederne	101
	Et flertal kommuner har indgået partnerskabsaftaler	103
	Partnerskabsaftale forpligter til en hurtigere indsats	104
	Samarbejdet med de praktiserende læger	105
	Bureaukratisk eller dynamisk organisation?	107
	Konklusion: De fleste forvaltninger har både bureaukratiske og dynamiske træk	108

6	KOMMUNERNES SYGEDAGPENGEOPFØLGNING	110
	Opfølgningssamtale	111
	Komplicerede sager prioriteres	119
	Medicinsk udredning og opfølgningsplan	120
	Ingen opfølgningsplan i hver tredje sag med varighed over et halvt år	126
	Revalidering og kontakt til arbejdsgiver	128
	Sparsom kontakt med virksomheder og andre instanser	131
7	SYGEDAGPENGEMODTAGERNES VURDERING AF SYGEMELDINGENS FORLØB	134
	Vurdering af kommunens indsats	134
	Kommunens indsats har ikke en entydig indflydelse på de sygemeldtes vurdering	138
	Opsummering	143
	Vurdering af arbejdsgiverens indsats	144
	Sygemeldte, som stadig er ansat, er mest positive overfor arbejdsgiverens indsats	145
	Arbejdsgivertilbud bidrager positivt til de sygemeldtes vurdering	147
	Opsummering	151
8	INTEGRATION PÅ ARBEJDSMARKEDET	154
	Analysens ramme	155
	Et første kig på tallene	156
	Personlige ressourcer: helbred og faglige kvalifikationer	156
	Beskæftigelsesmuligheder hos den gamle arbejdsgiver	159
	Beskæftigelsesmuligheder hos en ny arbejdsgiver	163
	Exit-mulighederne	165
	Kommunens dagpengeopfølgning	165

Sygemeldtes integration på arbejdsmarkedet	169
Sandsynligheden for at blive fastholdt hos den gamle arbejdsgiver	169
Sandsynligheden for at få arbejde hos en ny arbejdsgiver	173
Tre væsentlige konklusioner	177
9 HVOR MANGE KAN KOMME I ARBEJDE – OG HVAD KAN DER GØRES FOR AT FÅ FLERE I ARBEJDE?	180
Hvor mange langvarigt sygemeldte kan komme i arbejde?	180
Nogle sygemeldte kommer i arbejde af sig selv	182
Skønnet afhænger af, hvornår de sygemeldte interviewes	185
De sygemeldte kan fejlvurdere deres arbejdsevne	185
Diskussion: Flere sygemeldte i arbejde – hvordan?	186
Fastholdelse er det største problem	187
Øget brug af tidlig opfølgningssamtale kan øge fastholdelsen	188
Tilskud, information og tilpasning af arbejdsforholdene	189
BILAG	192
LITTERATUR	220
FORFATTERE	226
SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTETS UDGIVELSER SIDEN 1.1 2002	228



## SAMMENFATNING

### Baggrund og formål

Selvom flere undersøgelser viser, at sygefraværet i Danmark internationalt set er lavt (se fx NOU, 2000), er sygefraværet i stigende grad kommet i fokus. Det er blandt andet sket på baggrund af, at antallet af sygedagpengemodtagere er øget igennem 1990'erne, og at der i de kommende år synes at blive behov for at få flere i beskæftigelse. Antallet af personer i den erhvervsaktive alder vil således falde i de kommende år samtidig med, at antallet af personer uden for arbejdsstyrken vil vokse. I 1998 var der ca. to personer over 65 år for hver 10 erhvervsaktive. Man regner med, at i 2025 er dette tal vokset til seks for hver 10 erhvervsaktive. Dette er baggrunden for, at det fra politisk side er en målsætning at øge arbejdsudbuddet i de kommende år.

En øget fastholdelse af langvarigt sygemeldte på arbejdsmarkedet er en blandt flere måder, som kan bidrage til at øge arbejdsudbuddet. Langvarige sygedagpengesager udgør en mindre del af samtlige dagpengesager, men en stor andel af det samlede antal fraværdsdage. For eksempel udgør sager på mere end 26 uger kun ca. 3 procent af samtlige dagpengesager, men 25 procent af det samlede sygefravær (Beskæftigelsesministeriet, 2003). Udover at reducere udbuddet af arbejdskraft har det langvarige sygefravær alvorlige konsekvenser for først og fremmest de sygemeldte, som ofte lider af alvorlige helbredsproblemer, ofte mister tilknytningen til arbejdsmarkedet, og dermed får en lavere indkomst end tidligere. Hertil kommer, at en langvarig

sygemelding også kan have negative konsekvenser for kontakt til familie, venner og bekendte.

Bestræbelserne på at forhindre marginalisering og udstødning af langvarigt syge har stået på i en række år. To vigtige instrumenter i denne politik er (og har været) kommunernes indsats i form af opfølgning i sygedagpengesager og en øget inddragelse af arbejdsgivere. I løbet af 1990'erne er kommunernes indsats i forbindelse med langvarige sygemeldinger intensiveret. Fx er kommunernes pligt til at følge op på sygedagpengesager fremrykket fra hver 13. uge til hver 8. uge, kommunerne skal udarbejde en opfølgningsplan, og det er præciseret, hvordan opfølgningen skal foregå i samarbejde med den sygemeldte og andre vigtige aktører blandt andre arbejdsgiveren. Samtidig har man forsøgt at få virksomheder til at tage et større ansvar for fastholdelse og integration af personer med helbredsproblemer. Det er blandt andet sket ved holdningskampagner som "Giv plads på din arbejdsplads" og oprettelsen af lokale koordinationsudvalg.

Det overordnede formål med denne rapport er dels at give en landsdækkende beskrivelse af langvarige sygedagpengesagers forløb og udfald, dels at belyse hvilken betydning kommunernes dagpengeopfølgning og virksomhederne har for de sygemeldtes integration på arbejdsmarkedet.

Rapporten beskriver således:

- Varigheden af sygemeldingerne og de sygemeldtes efterfølgende tilknytning til arbejdsmarkedet (*kapitel 2*)
- Om lønmodtagere, som bliver langvarigt sygemeldt, adskiller sig fra andre lønmodtagere med hensyn til forskellige personlige karakteristika og hvilke virksomheder, de bliver sygemeldt fra (*kapitel 3*)
- Dagpengemodtagernes kontakt med sundhedssystemet: hvor ofte og hvornår i sygedagpengeforløbet de sygemeldte har kontakt med egen læge, speciallæge, fysioterapeut, og hospital, og hvor længe de sygemeldte måtte vente på behandling (*kapitel 4*)

- Hvordan kommunerne har organiseret deres arbejde med sygedagpengesager: hvordan foregår visitation og opfølgning af dagpengesager - benytter kommunerne fx eksterne konsulenter? Hvordan foregår samarbejdet mellem kommunen, virksomheder og egen læge? (*kapitel 5*)
- Hvordan kommunernes dagpengeopfølgning foregår: Hvor ofte og hvornår indkaldes de sygemeldte til opfølgningssamtale? Hvor ofte og hvornår udarbejdes en opfølgningsplan? Hvor ofte kontakter kommunen den sygemeldtes arbejdsgiver, og hvilke lægelige informationer indhentes? Drøftes revalidering, og hvor ofte igangsættes det? (*kapitel 6*)
- Hvor tilfredse de sygemeldte er med dagpengesagens forløb: hvordan vurderer de sygemeldte kommunens og virksomhedernes indsats? (*kapitel 7*)

Herudover belyser rapportens analyser:

- Hvilke faktorer, der har betydning for, om de sygemeldte efterfølgende kommer i arbejde herunder betydningen af kommunernes dagpengeopfølgning og karakteristika ved de virksomheder, hvorfra lønmodtagerne blev sygemeldt (*kapitel 8*)
- Mulighederne for at få flere sygemeldte i arbejde (*kapitel 9*)

#### Undersøgelsens data

Undersøgelsen bygger på data fra flere forskellige kilder: 1) interview gennemført i oktober-november 2002 med 1.581 personer med en afsluttet sygedagpengesag af over 8 ugers varighed, 2) oplysninger fra kommunerne om sagsbehandlingen af dagpengesagerne, 3) spørgeskema til kommunerne om deres administrative politik på sygedagpengeområdet, 4) registeroplysninger om de virksomheder, hvorfra dagpengemodtagerne blev sygemeldt og 5) registeroplysninger om dagpengemodtagernes benyttelse af sundhedsvæsnets ydelser inden sygemeldingen (datamaterialet er nærmere beskrevet i rapportens bilag).

## Sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet – en teoretisk forståelse

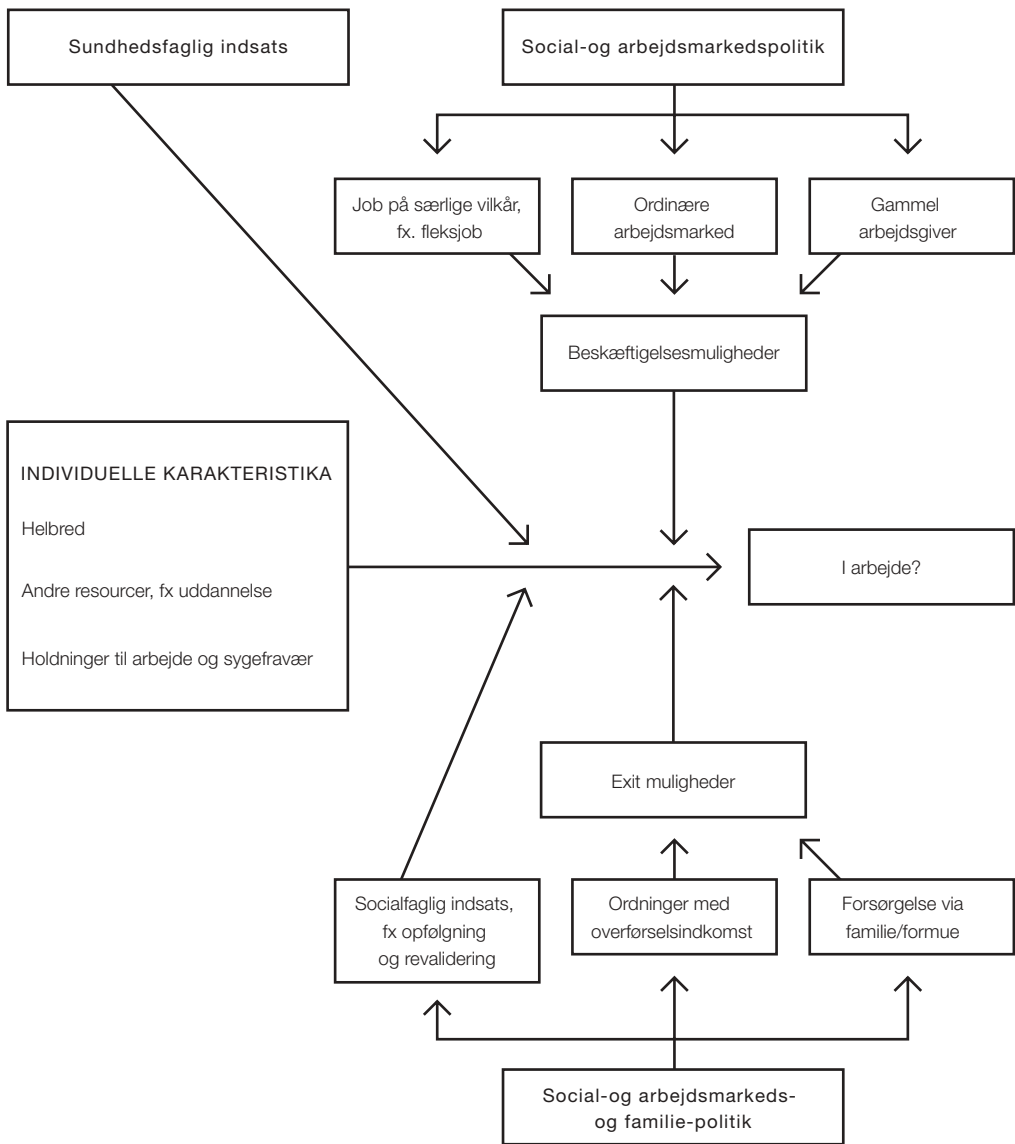
En forudsætning for at forøge arbejdsmarkedsdeltagelsen for personer med helbredsproblemer – hvad enten det drejer sig om at fastholde personer i arbejde eller integrere personer uden arbejde – er, at det er muligt at identificere forhold, der har betydning for tilknytningen til arbejdsmarkedet. Dette er imidlertid vanskeligt, fordi sygemeldte befinder sig i et “spændingsfelt” mellem flere forskellige områder, hvoraf de vigtigste er arbejdsmarkedet herunder sygemeldingsarbejdsgiveren, overførselsindkomstsyste­met, sundhedssystemet og det sociale hjælpeapparat. Rapportens analyser af langvarigt sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet sker med udgangspunkt i en teoretisk model, der inddrager en række af disse aktører (se figur 1.1.).

I korte træk forklarer modellen sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet ud fra den sygemeldtes personlige ressourcer (helbred, uddannelse og andre kompetencer), og den betydning “arbejde” har for den pågældende person. En person med mange ressourcer, som tillægger arbejde stor betydning, har stor chance for at komme i arbejde. Uanset den sygemeldtes ressourcer kan forskellige strukturelle forhold enten fremme eller hæmme integrationen på arbejdsmarkedet.

Nogle strukturelle forhold kan tænkes at fremme integrationen, fordi de forøger den sygemeldtes ressourcer og dermed chancen for at komme i arbejde. Det kan fx være medicinsk behandling og revalidering. Andre forhold kan fremme integration, fordi de forbedrer beskæftigelsesmulighederne for personer med helbredsproblemer. Det kan være tilskud til arbejdsgivere, som fastholder eller integrerer personer med nedsat arbejdsevne, stor efterspørgsel efter arbejdskraft, eller regler som begrænser arbejdsgiveres muligheder for at fyre sygemeldte medarbejdere. På samme måde kan nogle forhold hæmme integration, fordi de giver personer med helbredsproblemer gode muligheder for at trække sig ud af arbejdsmarkedet. Det kan være ordninger med overførselsindkomst, fx sygedagpenge eller førtidspension, eller opsparing og indkomst fra ægtefælle. Modellen og rapportens analyser skal ikke forstås sådan, at alle sygemeldte kan

Figur 1.1

Model for sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet



Kilde: Høgelund (2003)

komme i arbejde blot, beskæftigelsesmulighederne er gode. I mange tilfælde er de sygemeldtes helbredsproblemer så alvorlige, at de forhindrer dem i at komme i arbejde. Modellen skal heller ikke forstås sådan, at sygemeldte forlader arbejdsmarkedet, hvis det er let at få adgang til overførselsindkomst. Mange – måske de fleste - personer med helbredsproblemer bliver i beskæftigelse. I stedet skal modellen forstås sådan, at vores handlinger er påvirket af muligheder og begrænsninger, som vi står overfor. I den forbindelse er social- og arbejdsmarkedspolitikken vigtig.

## Hvordan går det de sygemeldte – et første kig på tallene

Undersøgelsen bygger hovedsagelig på oplysninger om 1.581 personer med en afsluttet sygedagpengesag af mere end 8 ugers varighed. 91 procent af de sygemeldte var lønmodtagere, da de blev sygemeldt, mens 9 procent modtog arbejdsløshedsdagpenge.

Sygedagpengesagerne varede i gennemsnit 222 dage, hvilket svarer til ca. 32 uger eller lidt mindre end 7½ måned. Det dækker over, at lidt mindre end en tredjedel havde en varighed på 9-13 uger, en tilsvarende andel havde en varighed på 14-26 uger, mens ca. 8 procent varede i mere end 1½ år

Sygedagpengemodtagerne blev interviewet i gennemsnit ca. 18 måneder efter første sygefraværsdag og ca. 10 måneder efter sagens afslutning. På det tidspunkt var 62 procent i arbejde. 54 procent af dagpengemodtagerne var i ustøttet arbejde, mens 8 procent var i arbejde med løntilskud. Blandt dem, der ikke var i arbejde, oplyste 10 procent, at de modtog arbejdsløshedsdagpenge, 9 procent, at de modtog førtidspension, mens 6 procent var sygemeldt. Resten modtog efterløn/folkepension, kontanthjælp, var under uddannelse eller under revalidering.

Undersøgelsen viser, at der i de fleste tilfælde er en tydelig sammenhæng mellem sagernes varighed, og hvordan de ender: Jo længere sagen varer, desto oftere ender den med modtagelse af overførselsindkomst. Næsten en tredjedel af sagerne med en varighed på mere end 1 år ender således med førtidspension, mens det kun er tilfældet for 1-13 procent af sagerne med en varighed på mindre end

1 år. Tilsvarende ender korte sager oftere end lange sager med, at de sygemeldte kommer i ustøttet arbejde. Blandt sager med en varighed på 9-13 uger er 75 procent således i arbejde uden løntilskud på interviewtidspunktet, mens dette kun er tilfældet for 31 procent af sagerne med en varighed på 39-52 uger, 19 procent med en varighed på 1-1½ år, 12 procent med en varighed på 1½-2 år, og for kun 1 procent af sagerne med en varighed på mindst 2 år.

Der er imidlertid også væsentlige undtagelser. Fx ender sager med en varighed på under et år oftere end sager med en varighed på mere end et år med varig offentlig forsørgelse i form af efterløn eller folkepension. Det er med andre ord ikke altid muligt at slutte fra sagsvarighed til arbejdsmarkeds- eller forsørgelsesstatus. En kort sygedagpengesag udtrykker således ikke nødvendigvis en højere grad af selvforsørgelse end en lang sag. Rapportens analyser (i kapitel 8), af hvordan det går de sygemeldte på arbejdsmarkedet, fokuserer derfor på, om de sygemeldte kommer i arbejde, og ikke på sagernes varighed.

## Langvarigt sygemeldte – hvem er de og hvor er de beskæftiget?

Langvarige sygemeldinger har ofte alvorlige konsekvenser for de sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet. Spørgsmålet er, om risikoen for at blive langvarigt sygemeldt er jævnt fordelt blandt personer på arbejdsmarkedet? Eller om der er grupper, som er særlig udsatte? Dette spørgsmål belyses ved at undersøge, om nogle lønmodtagere har særlig risiko for at blive langvarigt sygemeldt, og om de langvarigt sygemeldte kommer fra virksomheder med særlige kendetegn. Herudover er det undersøgt, om langvarigt sygemeldte lønmodtagere adskiller sig fra dem, som blev sygemeldt fra ledighed.

Analyserne tyder på, at risikoen for at lønmodtagere bliver sygemeldt i mere end 8 uger afhænger af både helbredsmæssige og faglige ressourcer. Lønmodtagere med dårligt helbred og forholdsvis begrænsede uddannelsesmæssige ressourcer har en forholdsvis stor sandsynlighed for at blive langvarigt sygemeldt. De lønmodtagere, som bliver langvarigt sygemeldt har således flere kontakter til egen læge og flere indlæggelsesdage på sygehus året inden deres sygemelding end lønmodtagere generelt. Der er således 28 procent af sygemeldte lønmodtagere, som har haft 10 eller flere kontakter til egen læge

mod kun 14 procent blandt alle lønmodtagere. Ligeledes har 15 procent af de sygemeldte lønmodtagere været indlagt på sygehus året inden sygemeldingens begyndelse sammenlignet med 8 procent af lønmodtagerne. De sygemeldte lønmodtagere er også gennemgående dårligere stillet med hensyn til uddannelsesmæssige ressourcer end andre lønmodtagere. Kun 20 procent af de sygemeldte lønmodtagere har en videregående uddannelse mod 27 procent af alle lønmodtagerne. Resultaterne tyder med andre ord på, at det er lønmodtagere med begrænsede ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet, som oftest bliver langvarigt sygemeldt.

En væsentlig tilføjelse til denne ret entydige tendens er, at lønmodtagere med en langvarig og tæt tilknytning til arbejdsmarkedet – hvilket tyder på, at de har mange ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet – ofte bliver langvarigt sygemeldt. Det kan afspejle, at en tæt tilknytning til arbejdsmarkedet medfører en nedslidning, som øger sandsynligheden for at blive sygemeldt. Der synes med andre ord, at være en bagside forbundet med at være en stabil kernearbejdskraft.

Endelig tyder analyserne på, at virksomhedsforhold har en betydning for, om lønmodtagere bliver langvarigt sygemeldt. Lønmodtagere fra virksomheder i den primære og sekundære sektor og lønmodtagere fra offentligt ejede virksomheder har således stor risiko for at blive langvarigt sygemeldt, mens lønmodtagere fra virksomheder med mange funktionærer har en forholdsvis lille risiko. Disse virksomheds-karakteristika kan blandt andet afspejle, at arbejdsmiljøet er bedre på nogle end på andre virksomheder, og at der er forskel på virksomhedernes sygefraværspolitik. Herudover kan forskellene hænge sammen med, at produktionsforholdene på nogle virksomheder giver bedre mulighed for, at sygemeldte kan vende hurtigt tilbage i arbejde end på andre virksomheder.

Sammenligningen af sygemeldte, der kommer fra arbejdsløshedsdagpenge, og sygemeldte lønmodtagere viser, at de sygemeldte lønmodtagere gennemgående har flere ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet end sygemeldte, der kommer fra arbejdsløshedsdagpenge. De sygemeldte ledige har således forholdsvis ofte haft mange kontakter til egen læge. De sygemeldte ledige har også oftere end de sygemeldte lønmodtagere tidligere misbrugt alkohol, stoffer eller lignende og oftere været behandlet for psykiske problemer inden sygemeldingen.



Når det gælder uddannelse har de sygemeldte fra ledighed mindre hyppigt en videregående uddannelse end de sygemeldte lønmodtagere. Endvidere er de sygemeldte ledige oftere ældre, og de har oftere en lavere forudgående beskæftigelsesgrad end de sygemeldte lønmodtagere.

## Kontakt til sundhedsvæsenet og ventetider

I lyset af de stigende udgifter til sygedagpenge op gennem 1990'erne har der fra flere sider været peget på, at lange ventetider på undersøgelser og behandlinger i sundhedssystemet er medvirkende til, at visse sygedagpengesager bliver lange. Kapitel 4. fokuserer på de sygemeldtes ventetider og deres kontakt til sundhedssystemet i øvrigt.

I alt 86 procent af de sygemeldte har haft kontakt til egen læge, og derudover har 89 procent haft kontakt til speciallæge, fysioterapeut og/eller været indlagt på sygehus. Kun 1 procent har ikke modtaget nogen af de nævnte behandlingsformer. Sygemeldte med et fravær længere end et år har tilsyneladende haft mere komplicerede sygdomsforløb, som oftere kræver undersøgelse/behandling, oftere kræver et større antal kontakter og oftere flere forskellige undersøgelses-/behandlingsformer.

Den gennemsnitlige samlede ventetid til undersøgelse/behandling hos speciallæge og fysioterapeut samt indlæggelse på sygehus er 4,7 uger. Dette dækker over, at en lille gruppe har meget lange ventetider, mens langt de fleste har haft forholdsvis korte ventetider. Der er således 10 procent, som i alt har ventet mere end 13 uger, mens 24 procent samlet har ventet under 4 uger og 50 procent som ikke har ventet på undersøgelse/behandling (inkl. 11 procent som ikke modtog behandling/blev undersøgt).

Det er på baggrund af undersøgelsens data ikke muligt at vurdere, hvorvidt lang ventetid giver anledning til langvarigt sygefravær. Derimod viser en anden undersøgelse, at lange ventetider til undersøgelse og behandling i sundhedssystemet kun i få tilfælde er en direkte årsag til forlængelse af sygedagpengesager, se Lubanski (2001).

Det udelukker dog ikke, at sagsbehandlerne og de berørte sygemeldte oplever ventetider til sundhedssystemet som et problem. Størstedelen af sagerne er relativt kortvarige og ender ofte med en raskmelding, uden at kommunen har været involveret i væsentlige omfang. Det betyder, at kommunens sagsbehandlere sidder tilbage med de tunge sager, som kræver en ekstra indsats. I disse sager vil enhver form for ventetid, kort som lang, givetvis opleves som en barriere, og fylde meget i sagsbehandlerens bevidsthed. Desuden kan ventetider til forundersøgelser opleves som mere belastende end ventetider til behandling. Kommunen kan ikke påbegynde opfølgingsarbejdet, før det er afklaret, hvad den sygemeldte fejler, og hvilke behandlingsformer vedkommende skal igennem, og for den sygemeldte kan ventetid i uvished om både diagnose og sygemeldingens varighed være meget belastende.

## Kommunernes organisering af sygedagpengeindsatsen

En sygedagpengesag starter, når den anmeldes til kommunen. Herefter skal den videre til en sagsbehandler, som varetager dagpengeopfølgningen. Dette skal ifølge sygedagpengeloven ske mindst hver 8. uge, for at sikre at den sygemeldte bevarer sin tilknytning til arbejdsmarkedet. Den sygdomsramtes forhold skal her tages op til vurdering med henblik på, om der er behov for behandling, optræning, revalidering eller andre former for hjælp. Kommunerne skal lave opfølgningen som en personlig samtale, når der er fare for, at sygemeldte mister tilknytningen til arbejdsmarkedet. Er den sygdomsramte ikke særlig syg og har udsigt til at komme i arbejde igen uden hjælp, kan kommunen nøjes med at kontakte den sygemeldte pr. brev. Valg af fremgangsmåde er med andre ord til for at sikre en opfølgning, så den involverede socialarbejder hele tiden er fuldt opdateret med de seneste oplysninger om klienten, så der kan tages højde for det i det videre arbejde med sagen, ligesom det skal bidrage til, at sagsbehandlerne bruger deres ressourcer bedst set i lyset af, hvordan sygemeldtes situation er.

De fleste sygedagpengeafsnit benytter sig af en regel som fx personnummer, når de fordeler sager mellem afsnittets dagpengemedarbejdere. Indhentes der yderligere informationer end dem, der står i dagpengeansøgningen, beror det på et skøn baseret på den sygemeldte

og dennes situation. Det er i de fleste tilfælde overladt til den enkelte medarbejder i sygedagpengeafsnittet at foretage dette skøn. Til brug for det videre sagsforløb benyttes regelstyrede visitationskategorier for at give ukomplicerede administrationssager til de administrative medarbejdere og de tunge sager med komplicerede diagnoser til sagsbehandlere med ekspertise i at tage sig af sådanne sager.

Under opfølgningen på sagen anvender omkring halvdelen af sygedagpengeafsnittene et spørgeskema eller en checkliste, når de indhenter oplysninger om den sygemeldte. Det er med til at sikre, at der gives nogenlunde ensartet opfølgning. De andre forvaltninger gør det efter et skønnet behov i den enkelte sag. Stort set alle afsnit oplyser, at de sørger for at denne opfølgning sker hurtigt, hvis der er den mindste risiko for, at sygemeldte mister tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Brugen af eksperter er ikke særlig udstrakt og begrænser sig overvejende til lægekonsulenter, hvilket alle sygedagpengeafsnit gør brug af. Det må tages som udtryk for, at sager kan være så komplicerede, at afsnittets sagsbehandlere må have sagkyndig bistand for at forstå de lægelige aspekter af sagen. I nogle af de små kommuner benyttes også AF-konsulenter, og det kan hænge sammen med, at de ikke er store nok til at have eksperter 'i huset' med forstand på arbejdsmarkedet.

I størstedelen af kommunerne sker kontrollen med sagsgangen hovedsageligt som delegeret kontrol, hvor det er sagsmedarbejderne og ikke ledelsen, som foretager kontrollen. Det skal i udgangspunktet sikre, at visitation og opfølgning forløber efter hensigten. I en stor del af kommunerne understøttes det dog af ledelsesredskaber som fx stikprøvevis kontrol af sagsgangen.

Endelig laver ca. 3/4 af forvaltningerne partnerskabsaftaler med områdets virksomheder, hvori det aftales at samarbejde om at få sygemeldte personer tilbage til arbejdsmarkedet. Ifølge mange af disse forvaltninger forpligter det både forvaltningen og virksomhederne til at yde en indsats.

Det er kun i meget begrænset omfang muligt at udskille forvaltninger, som enten er klart bureaukratiske (regelorienterede) eller dynamiske (skønorienterede). De fleste er blandingsformer med både

bureaukratiske eller dynamiske træk. Ligeledes er det ikke muligt at udskille nogen faste mønstre, når der ses på de enkelte administrative procedurer. Det er med andre ord ikke sådan, at forvaltningerne udgør grupper, som ligner hinanden i brugen af administrative procedurer.

## Kommunernes sygedagpengeopfølgning

Kommunerne har pligt til opfølgning på sygedagpengesager senest efter 8 ugers sygefravær. Opfølgningen skal ske på grundlag af ajourførte oplysninger, herunder lægelige oplysninger. Før 2001 var det et lovfastsat krav, at den sygemeldte blev indkaldt til en personlig samtale. Fra 1. januar 2001 indførtes smidigere regler. Således er der, i den gældende sygedagpengelov, ikke fastsat formkrav til, hvordan den første opfølgning skal foretages. Men som udgangspunkt skal opfølgningen ske i samarbejde med den sygemeldte. Begrundelsen for at smidiggøre reglerne er, at tidlig opfølgning, via indkaldelse til personlig samtale, ikke i sig selv er et mål, hvis det ikke tjener et formål. Med den nye lovgivning er det således tilstrækkeligt, at kommunen tager kontakt til den sygemeldte og på den baggrund vurderer, om en personlig samtale er nødvendig.

Kommunen skal ved første opfølgning tage stilling til behovet for udarbejdelsen af en opfølgningsplan. Den beskriver planlagte tiltag samt målet med indsatsen, fx ordinær beskæftigelse. En opfølgningsplan skal under alle omstændigheder være udarbejdet inden for 6 måneder. Desuden skal kommunen i forbindelse med opfølgningen vurdere behovet for at iværksætte revalidering. I de senere år er der derudover lagt større vægt på at fastholdelsen af sygemeldte på arbejdsmarkedet skal ske ved inddragelse af arbejdsgivere.

Kommunerne oplyser, at der i 65 procent af sagerne er afholdt opfølgningssamtale, og i 22 procent er samtalen afholdt inden 8 uger. Giver kommunerne lidt 'snor' så afholdelse af opfølgningssamtale inden 3 måneder betragtes som tidlig, er dette sket i 43 procent af sagerne. I 60 procent af sagerne er der indhentet lægelige oplysninger udover lægeattest, heraf er 66 procent modtaget inden 3 måneder og yderligere 23 procent inden 6 måneder. Der er udarbejdet en opfølgningsplan i 39 procent af sagerne. Til sammenligning har i alt 62 procent af samtlige sager en varighed på mere

end 6 måneder. Kommunen lever således ikke fuldt op til kravene om udarbejdelse af opfølgingsplan inden 6 måneder. I mere end hver tredje sag, som varer mere end et halvt år, er der ikke udarbejdet opfølgingsplan. Det ser dog ud til at kommunerne trods alt udarbejder opfølgingsplan i de sager, der på forhånd kan vurderes at være de tungeste. Målet for opfølgingsplanerne er hovedsagligt beskæftigelse og revalidering/uddannelse.

Hensigten med smidiggørelsen af opfølgingsreglerne er, at der opnås en bedre udnyttelse af ressourcerne på området, så indsatsen rettes mod de komplicerede sager, hvor der er behov for en intensiv indsats. Det kræver, at kommunen på baggrund af en målrettet afdækning prioriterer de sager, der kan bedømmes til at være risikosager. Undersøgelsen tyder på, at der sker en sådan prioritering. Analyserne viser således, at personlige ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet har betydning for den indsats, som ydes. Personer med svag tilknytning, eller personer som er i fare for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, prioriteres højt. Undersøgelsen peger imidlertid også på, at det kan være svært på et tidligt tidspunkt at adskille disse to sagstyper. Det ser ud til, at der er en række sager, som kommunerne vurderer som ukomplicerede, og derfor, i første omgang, ikke afholder opfølgningssamtaler på. Disse sager viser sig imidlertid efterfølgende at være 'risikosager' med behov for arbejdsfastholdelse, idet de sygemeldte mister deres arbejde.

Undersøgelsen peger derudover på, at de sygemeldtes helbred har betydning for den indsats som ydes. Et stort antal kontakter til sundhedssystemet øger sandsynligheden for afholdelse af opfølgningssamtale, indhentning af lægelige oplysninger samt udarbejdelse af opfølgingsplan. Derimod har disse faktorer ikke betydning for sandsynligheden for en tidlig indsats, tværtimod sinker indlæggelse på sygehus tilsyneladende afholdelsen af opfølgningssamtale.

Sygemeldte, som tidligere er behandlet for en psykisk lidelse/personlige problemer, har større sandsynlighed for at få udarbejdet en opfølgingsplan. Denne variabel kan enten afspejle, at de sygemeldtes helbredsmæssige situation er dårlig, eller at disse sygemeldte har svage sociale-/motivationsmæssige ressourcer og derfor ydes en særlig indsats. Ifølge en undersøgelse, baseret på bl.a. interviews med kommunale sagsbehandlere, er det i høj grad relevant at yde en særlig

enten afspejle, at helbredsmæssige situation disse sygemeldte motivationsmæssige ydes en særlig ind-

indsats for sygemeldte med sociale og motivationsmæssige problemer, se Boll og Clausen (2003).

Misbrugere er en anden gruppe, som også må forventes at have sociale- og evt. motivationsmæssige problemer og dermed behov for en særlig indsats. Det kan derfor virke overraskende, at sygemeldte med misbrugsproblemer har en mindre sandsynlighed for at få udarbejdet en opfølgingsplan. Ifølge Järvinen (1998) er sundhedssystemet ikke 'gearet' til at tage specielt godt vare på netop personer med misbrugsproblemer. En forklaring, på at misbrugere i mindre grad får udarbejdet en opfølgingsplan, kan således være, at kommunen, ligesom sundhedssystemet generelt, ikke ved, hvad de skal stille op med disse personers mere diffuse problemer.

Udover kommunernes indsats i form af opfølgning er det undersøgt, hvor ofte kommunen inddrager andre aktører i sagsbehandlingen, og hvor ofte revalidering og delvis raskmelding iværksættes. Kontakt til fagforening eller a-kasse er sket i 8 procent af sagerne, og i 1 procent af sagerne har der været kontakt til arbejdsformidlingen. Revalidering er iværksat i hver tiende sag, men kommunerne er tilsyneladende opmærksomme på muligheden, idet det er drøftet i hver femte sag. Delvis raskmelding iværksættes i hver femte sag.

En større inddragelse af virksomheder er en anden strategi, som der i de senere år er lagt større vægt på for at opnå øget fastholdelse og reintegration af sygemeldte. Det sker dog kun i beskedent omfang. I 5 procent af sagerne har kommunen afholdt møde med de sygemeldte lønmodtagers arbejdsgivere, og i yderligere 9 procent har kommunen kontaktet arbejdsgiverne på anden måde. Hjælp til arbejdsredskaber, andre hjælpemidler samt økonomisk hjælp ydes kun i meget begrænset omfang.

Det kan undre, at kommunerne i et fåtal af sagerne kontakter arbejdsgiveren, idet undersøgelsen viser, at omkring halvdelen af de sygemeldte lønmodtagere mister deres job. En forklaring kan være, at sagsbehandlerne ikke er i stand til at udvælge de sager, hvor der er stor risiko for, at de sygemeldte bliver fyret. En anden forklaring kan være, at sagsbehandlerne, delvist på grund af manglende ressourcer, ikke ser det som en kerneopgave at skulle kontakte virksomhederne, se Boll og Clausen (2003). Iværksættelse af delvis raskmelding kan

afspejle en vilje fra virksomhedernes side til at fastholde langtids-sygemeldte medarbejdere. Ifølge Boll og Clausen (2003) spores der generelt en positiv holdning hos virksomhederne til fastholdelsen af langvarigt sygemeldte medarbejdere. Dog mener de ikke, at de har den nødvendige viden, om hvad der skal til, for at kunne fastholde medarbejdere med midlertidigt eller varigt nedsat arbejdsevne. Nogle af virksomhederne har således udtrykt ønske om en mere aktiv indsats fra kommunens side. Nærværende undersøgelse viser, at der kun i meget beskedent omfang ydes hjælp til arbejdsredskaber mv. Det kunne tyde på, at der et potentiale for en mere udfarende kommunal indsats over for virksomhederne. Det kræver dog formodentlig en større tildeling af ressourcer til sygedagpengområdet, end det er tilfældet pt.

## Sygedagpengemodtagernes vurdering af sygemeldingens forløb

### Vurdering af kommunens indsats

Sygemeldte, som har taget stilling til kommunens indsats, er gennemgående positivt indstillet. Der er dog en ikke ubetydelig del, som ikke har taget stilling. Det er især de langvarigt sygemeldte, som har taget stilling til kommunens og sagsbehandlernes indsats. Blandt dem, som har taget stilling til kommunens indsats, er det gennemgående de langvarigt sygemeldte, som er mest positive, når det gælder en samlet vurdering af kommunens indsats. De langvarigt sygemeldte føler dog i højere grad, at sagsbehandlerne ikke lyttede ordentligt til dem, og at de i mindre grad havde indflydelse på deres egen sag end de kortvarigt sygemeldte.

Det er analyseret om den kommunale indsats, og indikation af at den sygemeldte har behov for en (særlig) indsats, har betydning for vurderingen af den kommunale indsats. Analysen viser, at kommunens indsats ikke har en entydig indflydelse på de sygemeldtes vurdering. Iværksættelse af forrevalidering, delvis raskmelding, udarbejdelse af opfølgingsplan samt afholdelse af opfølgningssamtale har generelt positiv indflydelse på vurderingen af kommunens indsats. Derimod oplever de sygemeldte i højere grad, at kommunen mere kontrollerer end hjælper, samt at man ikke har indflydelse på egen sag, når der indhentes lægelige oplysninger i sagen.

Der er ligeledes ingen systematisk sammenhæng mellem indikatorer for de sygemeldtes behov for en indsats og vurderingen af kommunens indsats. Sygemeldte med tidligere psykiske problemer er i højere grad positive, mens sygemeldte med et relativt stort antal besøg hos fysioterapeut i højere grad er negative. Tidligere langvarigt sygemeldte oplever i større grad, at de ikke har indflydelse på deres egen sag, men er dog i højere grad positive overfor kommunens samlede indsats.

### Vurdering af arbejdsgiverens indsats

Det hyppigst forekommende arbejdsgivertilbud er nedsat arbejdstid, 27 procent har fået sådan et tilbud, heraf er to tredjedele blevet iværksat. Derudover oplyser de sygemeldte, at de kun i beskedent omfang er blevet tilbudt (1) andet job på virksomheden, (2) særlig indretning/tilpasning af arbejdspladsen eller (3) nyt job, hvor der ikke kræves fuld arbejdsindsats.

De sygemeldte har vurderet forskellige udsagn om arbejdsgiverens indsats i forbindelse med sygemeldingen. Som forventet er sygemeldte, som stadig er ansat hos arbejdsgiveren, mest positive. Men også en del af de sygemeldte, hvor ansættelsesforholdet er ophørt, er positive over for arbejdsgiverens indsats. Specielt er det værd at bemærke, at 38 procent af dem, som blev fyret, og 46 procent af dem, som selv sagde op, helt eller delvist er enige i, at arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne for at bevare ansættelsesforholdet. Viljen har tilsyneladende været der fra arbejdsgiverens side i en del tilfælde, som alligevel er endt med en afslutning af ansættelsesforholdet.

Det er undersøgt om afgivne arbejdsgivertilbud, de sygemeldtes alder og faglige kvalifikationer, og hvorvidt kommunen har kontak- tet arbejdsgiver samt iværksættelse af delvisraskmelding, har betydning for sygemeldtes vurdering. Arbejdsgivertilbud, hvad enten de er iværksat eller ej, bidrager, som forventet, positivt til vurderingen af arbejdsgiverens adfærd, mens ikke afgivne tilbud bidrager negativt.

Udover arbejdsgivertilbud, har alder og uddannelse betydning. Arbejdsgiverne er, ifølge de sygemeldtes vurdering, mindre tilbøjelige til at presse ældre medarbejdere til at begynde at arbejde, før de er raske. Generelt er det dog ikke en arbejdsgiveradfærd, som er særligt udbredt. Kun i alt 11 procent af de sygemeldte er enige i,



at de blev presset til at arbejde, før de var raske. Ligeledes presser arbejdsgiverne ikke i stort omfang de sygemeldte til at sige op, kun i alt 8 procent oplevede sådan et pres fra arbejdsgiveren. Overraskende er arbejdsgiverne dog i højere grad tilbøjelige til at forsøge at presse medarbejdere med en videregående uddannelse til selv at sige op. Forklaringen kan være, at sygemeldte med en videregående uddannelse har en funktion på arbejdspladsen, som er svær at undvære i længere tid. Hvis det er omkostningsfuldt og tidskrævende at finde en erstatning, kan det tænkes, at arbejdsgiver foretrækker at afslutte ansættelsesforholdet frem for at bruge ressourcer på at finde en midlertidig erstatning for den sygemeldte.

## Integration på arbejdsmarkedet

Kommunerne og virksomheder er to vigtige aktører i den danske sygefraværspolitik. På den baggrund er det undersøgt, hvilken rolle virksomhederne spiller for sygemeldte lønmodtageres fastholdelse på arbejdsmarkedet, og om tidlig afholdelse af opfølgningssamtale fører til en hurtigere integration på arbejdsmarkedet.

Udover tidlig opfølgningssamtale og forskellige virksomhedsforhold er der i analyserne inddraget en række andre forhold, der kan have betydning for, om de sygemeldte lønmodtagere kommer i arbejde. Det gælder indikatorer for de sygemeldtes ressourcer, mulighederne for beskæftigelse hos en ny arbejdsgiver, og mulighederne for at få tilkendt førtidspension. I analyserne skelnes der mellem, om de sygemeldte kommer i arbejde hos den gamle arbejdsgiver (sygemeldingsarbejdsgiveren), hos en ny arbejdsgiver, eller om de sygemeldte slet ikke kommer i arbejde.

Undersøgelsens sygemeldte lønmodtagere blev interviewet i gennemsnit 18 måneder efter første sygefraværsdag. I løbet af denne periode kom 51 procent af de sygemeldte lønmodtagere tilbage i understøttet arbejde hos den gamle arbejdsgiver, 16 procent hos en ny arbejdsgiver, mens 34 procent ikke kom i understøttet arbejde.

Alt i alt viser analyserne, at både forhold vedrørende de sygemeldte, de virksomheder de kommer fra, og kommunernes indsats har betydning for, om langvarigt sygemeldte lønmodtagere kommer i arbejde. For det første påvirker de sygemeldtes helbredsmæssige res-

sourcer og faglige kvalifikationer deres chance for at komme i udstøttet arbejde. Personer med forholdsvis dårligt helbred har mindre chance for at komme i arbejde end sygemeldte med flere helbredsmæssige ressourcer. Sygemeldte med få kontakter til egen læge året inden sygemeldingens begyndelse har således større chance for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver end sygemeldte med mange kontakter. Ligeledes er sandsynligheden for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver størst, når den sygemeldte har haft få kontakter til speciallæge året inden sygemeldingen. Personer med begrænsede faglige kompetencer har forholdsvis lille chance for at komme i arbejde. Megen erhvervs erfaring og lang anciennitet forøger således chancen for at blive fastholdt hos den gamle arbejdsgiver.

For det andet understøtter resultaterne, at virksomhederne, hvor lønmodtagerne blev sygemeldt, spiller en rolle. Chancen for at blive fastholdt på virksomheden er størst, når de sygemeldte kommer fra en virksomhed med et højt lønniveau og forholdsvis mange lavere funktionærer. Betydningen af lønniveau tyder på, at virksomheder med en videnstung produktion ofte fastholder sygemeldte medarbejdere. Disse virksomheder kan af flere grunde have en særlig socialt ansvarlig personalepolitik. En socialt ansvarlig personalepolitik sender således et signal til kunder og interessenter om, at virksomhedens medarbejdere behandles godt. Ligeledes sendes et signal til virksomhedens medarbejdere og eventuelle jobsøgende om, at virksomheden gør noget for at fastholde medarbejdere med helbredsproblemer.

For det tredje viser analysen, at afholdelse af tidlig opfølgningssamtale forøger de sygemeldtes chance for at blive fastholdt hos den gamle arbejdsgiver. Effekten aftager imidlertid hurtigt: jo længere tid efter samtalen desto mindre er effekten. Den positive effekt, af at kommunen afholder opfølgningssamtale indenfor 8 uger, kan skyldes, at der tidligt i sygeforløbet opnås en afklaring af, hvornår den sygemeldte kan vende tilbage i arbejde. Denne afklaring giver arbejdsgiveren og den sygemeldte en vis sikkerhed for, at ansættelsesforholdet kan fortsættes. Dermed kan en tidlig opfølgningssamtale være med til at forhindre, at arbejdsgiveren afskediger den sygemeldte. Den positive effekt kan også hænge sammen med, at opfølgningssamtalen har en motivations- eller skræmmeeffekt, som får nogle sygemeldte til at forsøge at genoptage deres arbejde tidligt, hvormed fyring undgås. Analysen tyder ikke på, at tidlig opfølg-

ningssamtale øger de sygemeldtes sandsynlighed for, at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Tværtimod er der tegn på, at tidlig opfølgningssamtale kan have en negativ virkning – denne effekt er imidlertid ikke statistisk signifikant.

Endelig viser resultaterne, at der i flere tilfælde er væsentlig forskel på forhold, der spiller en rolle for fastholdelse, og forhold, som har betydning for, om de sygemeldte kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Personer med en psykisk diagnose har sammenlignet med andre diagnosegrupper således markant mindre sandsynlighed for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver men til gengæld væsentlig større chance for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Lignende forskelle gælder blandt andet betydningen af anciennitet og afholdelse af tidlig opfølgningssamtale. Analysen afdækker med andre ord væsentlige forskelle, som kan blive overset, hvis ikke man skelner mellem ny og gammel arbejdsgiver.

## Kan flere sygemeldte komme i arbejde?

Set i lyset af væksten i sygefraværet i 90'erne og udsigten til at arbejdsstyrken bliver mindre i de kommende år, er det interessant at belyse, om der blandt langvarigt sygemeldte er et uudnyttet potentiale af arbejdskraft. Vil det med andre ord være muligt at få flere langvarigt sygemeldte i arbejde end i dag, hvis sygefraværspolitikken ændres? Dette spørgsmål er belyst på baggrund af de sygemeldtes udsagn om deres arbejdsevne og forventninger til fremtidige position på arbejdsmarkedet. De sygemeldtes udsagn tyder på, at væsentligt flere langvarigt sygemeldte potentielt vil kunne komme i arbejde, hvis sygefraværspolitikken ændres.

38 procent af alle de sygemeldte – både sygemeldte lønmodtagere og sygemeldte ledige - var ikke i arbejde, da de blev interviewet i gennemsnit ca. 18 måneder efter deres første sygefraværsdag. De blev spurgt om, hvordan de tror, at deres situation i forhold til arbejdsmarkedet bliver på længere sigt. Ca. 33 procent svarede, at de regner med at komme i arbejde på normale vilkår, 24 procent, at de kommer i arbejde, hvor der tages særlige hensyn til deres helbredsproblemer, mens 43 procent svarede, at de ikke regner med at komme til at arbejde mere. Der er med andre ord mere end halvdelen af de lang-

tidssygemeldte, der ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, som regner med, at komme i arbejde på normale eller særlige vilkår.

Dette skøn stemmer overens med de sygemeldtes vurdering af deres arbejdsevne. Blandt de sygemeldte, der var i arbejde på interviewtidspunktet, vurderer 86 procent, at deres arbejdsevne er middel eller derover, mens det kun er tilfældet for 51 procent af dem, som ikke er i arbejde. At langt de fleste af dem i arbejde vurderer, at deres arbejdsevne mindst er middel, tyder på, at det i de fleste tilfælde kræver en middel til god arbejdsevne at være i arbejde. Når dette anvendes som kriterium for, hvor mange der vil kunne komme i arbejde blandt dem, der ikke er i arbejde, får man, at mellem 24 procent (god arbejdsevne) og 51 procent (middel til god arbejdsevne) potentielt vil kunne komme i arbejde. Opregnet til landsplan svarer det til, at der årligt er mellem ca. 7.200 og 15.300 langvarigt sygemeldte, som ikke er i arbejde i gennemsnit 18 måneder efter deres første fraværsdag, som vil kunne komme i arbejde. En del af disse personer vil komme i arbejde under de nuværende betingelser – uden at man ændrer på indsatsen overfor sygemeldte – fx fordi deres helbred bliver bedre. De skal ikke regnes med i et skøn over, om det vil være muligt at få flere langvarigt sygemeldte i arbejde end i dag. Når der tages hensyn til det, skønnes at mellem 6.500 og 14.000 sygemeldte potentielt vil kunne komme i arbejde. Det skal understreges, at dette skøn er usikkert. Det er blandt andet muligt, at de sygemeldte, som ikke er i arbejde, overvurderer deres arbejdsevne. For nogle vil det kunne ske, hvis de har en stor forventning til eller ønske om at komme i arbejde, som måske ikke kan realiseres på grund af deres helbredsproblemer, hvilket de først vil finde ud af, når de eventuelt forsøger at genoptage arbejdet. At nogle sygemeldte overvurderer deres arbejdsevne understøttes dels af resultaterne fra en kvalitativ undersøgelse (Boll & Clausen, 2003), dels af fremskrivninger af undersøgelsens data, som viser, at kun 8-10 procent af de sygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, vil være kommet i arbejde et år senere.

Konklusionen synes derfor på den ene side at være, at mange af de sygemeldte, som ikke er kommet i arbejde, er motiveret for at komme i arbejde – de regner med, at det kan lade sig gøre. På den anden side kan det være vanskeligt at få væsentligt flere i arbejde under de nuværende omstændigheder – med de nuværende konjunk-

turer og den nuværende sygefraværspolitik m.v. Det understøttes blandt af, at meget få af de personer, som ikke allerede er i arbejde efter 6-8 måneder af sygemeldingen, har meget lille sandsynlighed for at komme i arbejde.

## Diskussion: Flere sygemeldte i arbejde – hvordan?

Set i et internationalt perspektiv har Danmark som nævnt et meget lavt sygefravær. Flere undersøgelser inden for de seneste 10 år viser samstemmende, at sygefraværet er lavere i Danmark end i de fleste andre europæiske lande, vi normalt sammenligner os med. Det gælder både lande som Sverige, Norge, Holland, Frankrig og Irland (Einerhand m.fl. 1995; NOU, 2000; Nyman, Bergendorff, og Palmer, 2002; Arbejds miljøinstituttet, 2003). På et mere overordnet plan tyder dette på, at det kan være vanskeligt at reducere sygefraværet og øge integrationen af sygemeldte på arbejdsmarkedet i større omfang. På den anden side er der tilsyneladende store forskelle i sygefraværet mellem forskellige kommuner, mellem virksomheder og mellem forskellige afdelinger på samme virksomhed (Beskæftigelsesministeriet, 2003). Det tyder på, at det er muligt at reducere sygefraværet og øge integrationen af sygemeldte på arbejdsmarkedet. Spørgsmålet er, hvordan det bedst kan gøres.

### Fastholdelse er det største problem

Der er en del, som tyder på, at man kan øge sygemeldtes integration på arbejdsmarkedet ved i højere grad at koncentrere indsatsen om at fastholde de sygemeldte på den virksomhed, hvor de bliver sygemeldt. En sammenligning af den danske og hollandske politik tyder således på, at den danske politik understøtter integration af personer med helbredsproblemer, som ikke har tilknytning til en arbejdsgiver (Høgelund, 2003). Til gengæld understøtter den danske politik i langt mindre grad, at virksomhederne fastholder langvarigt sygemeldte. Baggrunden er, at danske arbejdsgivere har et forholdsvis begrænset ansvar for sygemeldte. Det gælder både med hensyn til finansiering af sygedagpenge og førtidspension og med hensyn til deres ansvar for sygemeldte. Ansvar for den sygemeldte er begrænset, fordi det er forholdsvis nemt at afskedige sygemeldte, og fordi der ikke er krav om, at arbejdsgiverne skal yde en indsats for at fastholde sygemeldte medarbejdere. Fordelen er, at det understøt-

ter, at arbejdsgivere ansætter personer med helbredsproblemer, fordi arbejdsgiveren ikke løber en stor risiko: virksomheden kan forholdsvis nemt og med begrænsede udgifter skille sig af med den pågældende person, hvis det senere viser sig, at vedkommende ikke kan leve op til virksomhedens forventninger. Ulempen er, at det ofte kan betale sig for arbejdsgiveren at afskedige en sygemeldt medarbejder i stedet for at fastholde vedkommende. Mens dette kan være en fordel for arbejdsgiveren, kan det være en ulempe for den sygemeldte, som risikerer at blive marginaliseret. Afskedigelsen af den sygemeldte vil også være en samfundsmæssig ulempe i tilfælde, hvor det fx kræver en dyr revalideringsindsats at få den sygemeldte i arbejde samtidig med, at det med begrænsede midler havde været muligt at fastholde den sygemeldte på virksomheden. Dette taler for, at det gælder om at forbedre mulighederne for at fastholde sygemeldte medarbejdere uden at skade arbejdsgivernes incitament til at rekruttere personer med helbredsproblemer.

Det er værd at bemærke, at den demografiske udvikling, som vil skabe mangel på arbejdskraft, i sig selv vil give arbejdsgiverne et øget incitament til at fastholde og integrere medarbejdere med nedsat arbejdsevne.

Øget brug af tidlig opfølgningssamtale kan øge fastholdelsen

Denne undersøgelse tyder på, at en ændring af sygefraværspolitikken også vil kunne bidrage til øget fastholdelse af langvarigt sygemeldte lønmodtagere. Tidlig opfølgning er en af de veje, man kan gå for at opnå det. Resultaterne tyder således på, at afholdelse af opfølgningssamtale inden for 8 uger efter sygemeldingens begyndelse forøger sygemeldtes chance for at blive fastholdt hos den gamle arbejdsgiver. Den positive effekt af tidlig opfølgning kan skyldes, at der opnås en tidlig afklaring af, hvornår den sygemeldte kan vende tilbage i arbejde. Denne afklaring giver arbejdsgiveren og den sygemeldte en sikkerhed, som kan forhindre, at arbejdsgiveren afskediger den sygemeldte. Den positive effekt kan også hænge sammen med, at opfølgningssamtalen har en motivations- eller skræmmeeffekt, som får nogle sygemeldte til at forsøge at genoptage deres arbejde tidligt, hvormed fyring undgås.

Samtidigt afholder kommunerne kun opfølgningssamtale inden for 8 uger i 22 procent af de langvarige sygedagpengesager. Dette skal sammenholdes med, at godt en tredjedel af de sygemeldte bliver fyret, og lidt mindre end en femtedel selv siger op. Det tyder på, at der er nogle sygemeldte, som har været i fare for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, og hvor en tidlig indsats måske kunne have forhindret det. Det er således muligt, at en øget brug af tidlige opfølgningssamtaler kan forøge fastholdelsen af sygemeldte på arbejdsmarkedet.

Denne strategi er imidlertid ikke uden problemer. Dels fordi det ikke er sikkert, at det er hensigtsmæssigt at foretage tidlig opfølgning i alle sager. Undersøgelsen viser således, at en del af de sygemeldte kommer i arbejde af sig selv uden, at de har været i kontakt med kommunen. I disse sager vil det derfor være spild af ressourcer med en tidlig indsats. Dels fordi den sygemeldte på et tidligt tidspunkt i sygdomsforløbet stadig kan være så syg, at førtidspensionering eller anden passiv forsørgelse på det tidspunkt synes at være den eneste mulighed. Hermed kan både den sygemeldte og kommunen komme til at fokusere på passiv forsørgelse og dermed modvirke, at den sygemeldte senere kan komme i arbejde, hvis helbredsstanden bliver bedre. Problemet er, at vi ikke ved, i hvor mange og hvilke sager tidlig opfølgning ikke virker, eller måske ligefrem er skadeligt. Det kan med andre ord være vanskeligt at sige, hvor kommunerne skal sætte ind.

Tilskud, information og tilpasning af arbejdsforholdene  
En anden strategi, som ikke udelukker tidlig afholdelse af opfølgningssamtale i sygedagpengesager, er at give flere og/eller bedre økonomiske tilskud til arbejdsgivere, som fastholder og integrerer personer med helbredsproblemer. Det kan være løntilskud som i fleksjob-ordningen, midlertidige tilskud til arbejdsoptræning, eller tilskud til hjælp til arbejdsredskaber, indretning af arbejdspladsen eller lignende. Det vil både øge arbejdsgivernes tilskyndelse til at fastholde og integrere personer med helbredsproblemer.

Der synes også at være et potentiale i denne strategi. Flere udenlandske undersøgelser – men endnu ingen danske – har undersøgt betydningen af tilpasninger af sygemeldtes arbejdsforhold, fx ved nedsat arbejdstid, nye arbejdsopgaver og arbejde, hvor der tages særlige hensyn til den sygemeldtes helbredsproblemer. Disse under-

søgelse tyder på, at ændringer af sygemeldtes arbejdsforhold forøger de sygemeldtes integration på arbejdsmarkedet (Loisel m.fl., 1997; for en oversigt: Krause og Lund, 2003).

Mulighederne i denne strategi understøttes af, at tilskud til tilpasninger og hjælpemidler kun anvendes i begrænset omfang. I denne undersøgelse er det således i meget få sager, hvor kommunen har ydet tilskud til arbejdsredskaber (i 1 procent af sagerne) og hjælpemidler (1 procent). En tidligere undersøgelse giver et lignende billede (Høgelund og Modvig, 1998). Den begrænsede brug af tilskud betyder imidlertid ikke, at der ikke etableres arbejdspladstilpasninger. Blandt de sygemeldte i nærværende undersøgelse, som er kommet i arbejde, er der således 22 procent, som oplyser, at der i arbejdet tages særlige hensyn til deres helbredsproblemer fx i form af et særligt bord, en særlig stol, eller specielt værktøj o.l. Ligeledes er der ca. 25 procent, som har fået henholdsvis kortere arbejdstid og andre arbejdsopgaver (dette er nærmere beskrevet i Filges og Høgelund, 2003). Alt i alt har ca. halvdelen af de sygemeldte, som er kommet i arbejde, fået tilpasset deres arbejdsforhold på mindst en af disse måder.

Den begrænsede brug af tilskud tyder i stedet på, at arbejdsgiverne ikke er tilstrækkeligt opmærksomme på mulighederne for at få tilskud og vejledning om fastholdelse og integration af personer med helbredsproblemer. I en undersøgelse af Boll og Clausen (2003) giver nogle arbejdsgivere således udtryk for, at de ikke har den nødvendige viden, om hvad der skal til for at kunne fastholde sygemeldte medarbejdere. Arbejdsgiverne udtrykker ønske om en mere aktiv indsats fra kommunens side. At der kan være behov for en mere aktiv indsats, understøttes af, at kommunerne i denne undersøgelse kun har været i kontakt med den sygemeldtes arbejdsgiver i 14 procent af sagerne.

Det er derfor muligt, at flere sygemeldte vil kunne fastholdes i arbejde, hvis arbejdsgiverne i højere grad bliver opmærksomme på mulighederne for tilskud, og hvad der i øvrigt kan gøres for at fastholde en sygemeldt medarbejder. Det vil så kunne indgå i deres overvejelser om, hvorvidt de skal afskedige eller forsøge at fastholde den sygemeldte. I disse overvejelser vil tilskud og hjælp til fastholdelse gøre det mere attraktivt for arbejdsgivere at fastholde den sygemeldte på arbejdspladsen.



Ligesom det er tilfældet med tidlige opfølgning, kan der være problemer ved denne strategi, som skal overvindes. Det vil således være ressourcekrævende, hvis kommunerne skal kontakte og informere arbejdsgivere i alle sygedagpengesager. Hvis det ikke skal ske i alle sager, hvordan skal kommunerne så udvælge de sager, hvor arbejdsgiveren skal kontaktes? En anden barriere kan bestå i, at mulighederne for at tilpasse arbejdsforhold kan variere afhængigt af branche og stilling. Der kan være virksomheder og stillinger, hvor det fx kan være vanskeligt at give den sygemeldte nye arbejdsopgaver. Analyser viser således, at lønmodtagere, som sygemeldes fra en leder- eller akademikerstilling, ofte får nedsat arbejdstid men forholdsvis sjældent får nye arbejdsopgaver. Omvendt får arbejdere forholdsvis sjældent nedsat arbejdstid men til gengæld oftere nye arbejdsopgaver (se Filges og Høgelund, 2003).

Alt i alt tyder det således på, at der er mulighed for at fastholde flere sygemeldte på arbejdsmarkedet. Der synes således både at være et potentiale i tidligere opfølgning og i at fremme tilpasninger af sygemeldtes arbejdsforhold. Samtidig ser der ud til at være nogle vanskeligheder, som skal overvindes, hvis strategierne skal lykkes: Hvordan identificeres sager, hvor det vil være gavnligt at følge tidligt op? Har kommunernes ressourcer til både at følge tidligt op i flere sager, og i øvrigt være mere udfarende i forhold til arbejdsgiverne? Og virker arbejdspladstilpasninger i Danmark, virker de lige godt for alle sygemeldte, og er der tilpasninger, der er bedre end andre?



# LANGVARIGT SYGEMELDTE

### Et væsentligt samfundsproblem

Fravær fra arbejdsmarkedet, på grund af sygdom, udgør et væsentligt samfundsmæssigt problem. Det er et problem for samfundet som helhed, fordi det mindsker udbuddet af arbejdskraft. Det anslås således, at sygefraværet i Danmark svarer til, at 140-150.000 personer er fraværende fra arbejde hver dag (Dansk Arbejdsgiverforening, 2002; Beskæftigelsesministeriet, 2003). Det har konsekvenser for den samlede produktion, som ville være større, hvis fraværet var mindre. Behovet for øget udbud af arbejdskraft, forstærkes i de kommende år, hvor antallet af personer i den erhvervsaktive alder falder, mens antallet af personer uden for arbejdsstyrken stiger, fordi der bliver flere ældre. I 1998 var der ca. to personer over 65 år for hver 10 erhvervsaktive. I 2025 regner man med, at dette tal er vokset til seks for hver 10 erhvervsaktive. Dette er baggrunden for, at det fra politisk side er en målsætning at øge arbejdsudbuddet i de kommende år (se fx Regeringen, 2000; Regeringen, 2002).

Langvarige sygedagpengesager udgør en mindre del af samtlige dagpengesager, men en stor andel af det samlede antal fraværsdage (Arbejdsministeriet, Finansministeriet og Socialministeriet, 2001; Beskæftigelsesministeriet, 2003). Udover at reducere udbuddet af arbejdskraft har det langvarige sygefravær alvorlige konsekvenser for de sygemeldte, som ofte lider af alvorlige helbredsproblemer, ofte mister tilknytningen til arbejdsmarkedet og dermed får en lavere indkomst end tidligere. Hertil kommer, at en langvarig sygemelding

også kan have negative konsekvenser for kontakt til familie, venner og bekendte.

### De politiske instrumenter

Bestræbelserne på at forhindre marginalisering og udstødning af langvarigt syge har stået på i en række år. To vigtige instrumenter i denne politik er (og har været) kommunernes indsats i form af opfølgning i sygedagpengesager og en øget inddragelse af arbejdsgivere (Høgelund, 2003).

Kommunerne har i dag pligt til opfølgning på sygedagpengesager, senest efter 8 ugers sygefravær. I forbindelse med kommunernes opfølgning, skal de blandt andet vurdere behovet for behandling inden for sundhedssystemet og revalidering, med henblik på at sikre den sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet. Kommunernes opfølgning sker i samarbejde med relevante parter, som udover den sygemeldte fx kan være læger, arbejdsgivere og revalideringsinstitutioner. Revalidering (herunder for-revalidering) kan bestå i forberedende eller afklarende aktiviteter, som fx arbejdsprøvning og praktik og erhvervsrettede aktiviteter som arbejdsoptræning og uddannelse. Kommunerne har økonomisk tilskyndelse til at begrænse varigheden af sygedagpengesager, fordi de fra den 5. til den 52. uge deler refunderingen af arbejdsgiverens udgifter med staten, og derefter selv finansierer sygedagpengene fuldt ud.

En større inddragelse af virksomheder er en anden strategi, som anvendes for at opnå øget fastholdelse og reintegration af sygemeldte. I 1994 lancerede Socialministeriet kampagnen: "Virksomhedernes sociale ansvar". Formålet med kampagnen er, at få virksomhederne til at tage et større ansvar for personer, som har en udsat position på arbejdsmarkedet eller er i fare for at få det. Denne politik bygger i høj grad på frivillig inddragelse af virksomheder - de skal tage del i løsningen af problemerne af holdningsmæssige grunde, og ikke fordi det er bestemt af lovgivningen, se fx Rosdahl (2000). Den forøgede inddragelse af virksomheder skal også sikres ved brug af andre instrumenter. Det drejer sig blandt andet om forskellige ordninger med løntilskud, fx fleks- og skånejob, tilskud til forsøg med lokale partnerskabsmodeller og lokale koordinationsudvalg. Denne politik afspejler sig også i sygedagpengeloven, hvoraf det (pr. 1.4.1997)

fremgår, at virksomheder i større omfang skal inddrages i kommunernes opfølgning i sygedagpengesager.

## Forhold som påvirker sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet

En forudsætning for at forøge arbejdsmarkedsdeltagelsen for personer med helbredsproblemer – hvad enten det drejer sig om at fastholde personer i arbejde eller integrere personer uden arbejde – er, at det er muligt at identificere forhold, der har betydning for tilknytningen til arbejdsmarkedet. Dette er imidlertid vanskeligt, fordi sygemeldte befinder sig i et “spændingsfelt” mellem flere forskellige områder, hvoraf de vigtigste er arbejdsmarkedet, herunder sygemeldingsarbejdsgiveren, overførselsindkomstsyste­met, sundhedssystemet og det sociale hjælpeapparat. Dette betyder blandt andet, at flere forskellige fagdiscipliner beskæftiger sig med emnet, at de forhold, der undersøges, sjældent er de samme, og at der anvendes forskellige metoder. Samtidig er der stor variation i hvilke personer, der indgår i undersøgelserne, og i hvordan integration og tilknytning til arbejdsmarkedet måles. Derfor er det måske ikke så overraskende, at der på baggrund af den omfattende internationale litteratur, ikke kan drages entydige konklusioner om, hvilke forhold der har betydning for sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet (se fx Krause, m.fl., 2001 Høgelund, 2003). Forhold, der viser sig at have betydning i én undersøgelse, har således ikke betydning i andre undersøgelser, og forhold, der er medtaget i én undersøgelse, er ikke med i andre. En måde at sammenfatte de væsentligste resultater af litteraturen er ved at beskrive de overordnede forhold, som ser ud til at påvirke sygemeldtes integration på arbejdsmarkedet.

Figur 2.1. illustrerer på en simpel måde, hvordan forskellige forhold påvirker sandsynligheden for, at en sygemeldt person kommer i arbejde (figuren og den følgende gennemgang bygger på Høgelund, 2003). Figuren skal “læses” fra venstre mod højre. Som sygemeldingen skrider fremad, bevæger den sygemeldte sig fra kassen til venstre i figuren, mod kassen til højre, som angiver, om den sygemeldte kommer i arbejde eller ej.

Om den sygemeldte kommer i arbejde, afhænger af flere forhold. Det gælder forhold ved den sygemeldte. Sygemeldte med mange

ressourcer i form af et forholdsvis godt helbred og gode faglige kvalifikationer, og som tillægger det at være i arbejde stor værdi, har store chancer for at komme i arbejde. I løbet af sygemeldingen påvirkes den sygemeldte af en række forhold, som fx medicinsk behandling i sundhedssystemet og kommunens social-faglige indsats fx dagpengeopfølgning og revalidering. Disse påvirkninger kan enten forøge eller reducere sandsynligheden for, at den sygemeldte kommer i arbejde.

Jo bedre beskæftigelsesmuligheder den sygemeldte har, desto større er chancen for at komme i arbejde. Muligheder for at komme i beskæftigelse afhænger af, hvor gode mulighederne er for at komme til at arbejde i et job for folk med nedsat arbejdsevne (fx i et fleksjob), hvor gode mulighederne er for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver, og hvor gode mulighederne er for at vende tilbage til den gamle arbejdsgiver (sygemeldingsarbejdsgiveren).

Jo bedre mulighederne er for at forlade arbejdsmarkedet og blive forsørgt af anden indkomst end erhvervsindkomst (exit-muligheder), desto mindre er chancen for, at den sygemeldte vil komme i arbejde. Nedenfor diskuteres modellen i lidt flere detaljer.

Individuelle karakteristika: helbred, kvalifikationer og kompetencer har stor betydning

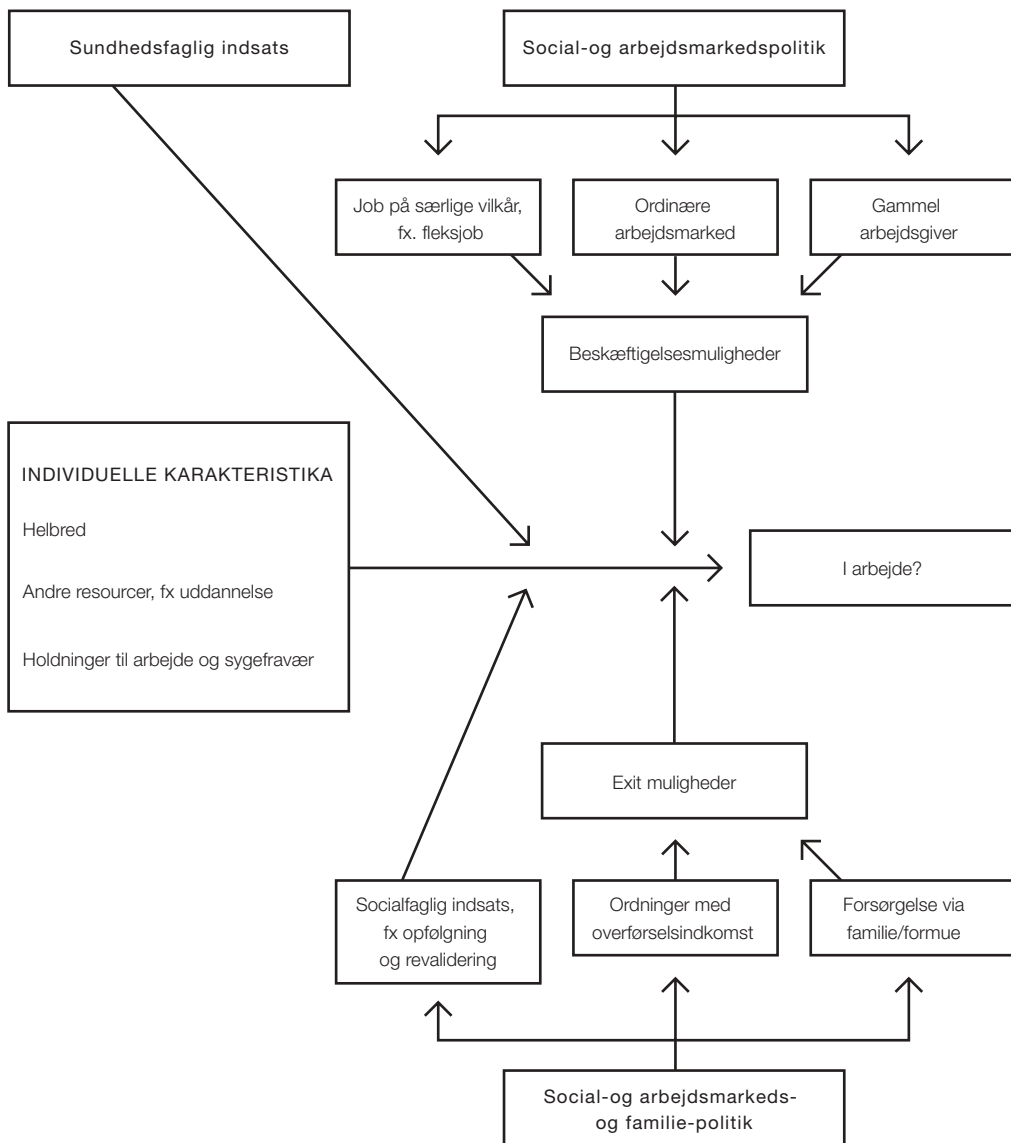
En sygemeldt person besidder nogle ressourcer i form af helbred, faglige kvalifikationer og sociale kompetencer m.v. Omfanget af sådanne ressourcer er anskueliggjort til venstre i figuren. Hvis den sygemeldte har mange ressourcer, er chancen for at komme i arbejde stor. På samme måde er chancen for at komme i arbejde stor, når den sygemeldte tillægger det stor betydning at arbejde, fordi der hermed er forholdsvis store sociale og psykiske omkostninger forbundet med at være sygemeldt.

Sundhedsfaglig indsats: raskmelding eller sygeliggørelse

Om den sygemeldte kommer i arbejde afhænger i nogle tilfælde af den behandling, som vedkommende får i sundhedssystemet og i det sociale system. Medicinsk behandling kan helt eller delvist kurere den sygdom, som er årsagen til sygemeldingen, hvilket forøger den sygemeldtes (helbredsmæssige) ressourcer, og dermed chancen for

Figur 2.1

Model for sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet



Kilde: Høgelund (2003)

at vedkommende kommer i arbejde. Den medicinske indsats kan fx også virke ved, at den ved genoptræning hos en fysioterapeut forbedrer den sygemeldte funktionsevne. Hermed forøges de helbredsmæssige ressourcer, selvom behandlingen ikke har kureret sygdommen. En person som ellers har lille chance for at komme i arbejde på grund af dårligt helbred, kan dermed komme i arbejde. Behandling i sundhedssystemet kan også have en negativ virkning. Det kan være tilfældet, hvis behandlingen medfører en “sygelliggørelse”, som bevirker, at den sygemeldte begynder at opfatte sig og agere som “syg” i stedet for som “arbejder”, således at de sociale og psykiske omkostninger ved at være sygemeldt bliver mindre. Hermed bliver tilskyndelsen til at komme i arbejde også mindre.

Den socialfaglige indsats: hjælp til at komme i arbejde eller klientgørelse

Behandling i det sociale system kan også have betydning for, hvordan det går den sygemeldte. Behandling omfatter alle tiltag, som foregår i forbindelse med kommunernes sygedagpengeopfølgning, fx indkaldelse til opfølgningssamtale, vejledning af den sygemeldte og iværksættelse af revalidering. Lige som den sundhedsfaglige indsats, kan revalidering i form af kurser, uddannelse, og arbejdsoptræning forøge den sygemeldtes ressourcer og dermed chancen for at komme i arbejde.

Job på særlige vilkår: kan øge mulighederne for at komme i arbejde

I forbindelse med kommunens opfølgning, kan der også ydes tilskud til arbejdsredskaber og tilpasning af arbejdspladsen, og der kan ydes løntilskud blandt andet i forbindelse med ansættelse i fleksjob, hvor den sygemeldte kan arbejde på særlige vilkår. I modsætning til revalidering, forøger disse tiltag ikke den sygemeldtes ressourcer, men tilpasser jobkravene til den sygemeldtes ressourcer således, at den sygemeldte kan komme i arbejde.

Gammel arbejdsgiver: fastholdelse eller udstødning

For sygemeldte lønmodtagere kan sygemeldingsarbejdsgiveren eller den “gamle” arbejdsgiver have en betydning, fordi arbejdsgiveren kan yde en større eller mindre indsats for at fastholde den sygemeldte på virksomheden. Nogle arbejdspladser kan fx tilbyde den sygemeldte et andet job eller at arbejde på nedsat tid, mens andre



arbejdspladser ikke giver et sådant tilbud, men måske vælger at fyre den sygemeldte. Arbejdsgiverens reaktion kan blandt andet afhænge af, hvordan forholdet er/var mellem den sygemeldte og dennes chef, og om virksomheden har en sygefraværs/fastholdelsespolitik. Den kan også afhænge af virksomhedsspecifikke forhold. Virksomheder med god økonomi har bedre råd til at afvente udfaldet af en sygemelding, end virksomheder i krise, og mulighederne for omplacering, kan være bedre i store end i små virksomheder.

Ordinære arbejdsmarked: efterspørgsel efter arbejdskraft forbedrer chancen for at få nyt arbejde  
Forhold på arbejdsmarkedet har betydning for mulighederne for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Mulighederne for at komme i arbejde, må formodes at være bedre i en situation med stor efterspørgsel efter arbejdskraft, end når ledigheden er stor. Når ledigheden er stor, kan arbejdsgivere ofte vælge mellem flere ansøgere, og da sygemeldte personer ofte har færre (helbreds)ressourcer, vil arbejdsgiveren ofte foretrække en anden ansøger. Arbejdsgiveren vil i nogle tilfælde også foretrække en ansøger, som ikke tidligere har været langvarigt sygemeldt, selvom den sygemeldte har et lige så godt helbred som andre ansøgere. Årsagen er, at arbejdsgiveren handler ud fra en viden om, at personer, som tidligere har været langvarigt sygemeldt, gennemgående har større chance for at blive sygemeldt end ansøgere, som ikke har været sygemeldt. Denne sammenhæng behøver imidlertid ikke at være rigtigt i det enkelte tilfælde. Konsekvensen er, at selvom nogle (tidligere) sygemeldte har et godt helbred, og ikke senere bliver langtidssygemeldt, har de alligevel svært ved at komme i arbejde.

Ordninger med overførselsindkomst: kan trække langvarigt sygemeldte væk fra arbejdsmarkedet  
Mulighederne for at modtage overførselsindkomst i forbindelse med et sygefravær, og ydelsens størrelse, kan påvirke de sygemeldtes tilskyndelse til at arbejde. Hvis mulighederne for at modtage sygedagpenge, kontanthjælp, førtidspension m.v. er gode, samtidig med at ydelsesbeløbene er høje, må man regne med, at forholdsvis mange personer med helbredsproblemer bruger ordningerne. Dermed vil der være færre sygemeldte, som kommer i arbejde.

Forsørgelse via familie/formue: giver bedre mulighed for at forlade arbejdsmarkedet

På samme måde som med overførselsindkomster må man regne med, at sandsynligheden for at komme i arbejde er forholdsvis lille, når den sygemeldte kan blive forsørget af egen opsparing eller af sin familie. Omvendt vil flere sygemeldte vælge at arbejde i en situation, hvor mulighederne for at blive forsørget af anden indkomst end erhvervsindkomst er begrænset.

Modellen i figur 2.1. forudsætter således, at den sygemeldte i et vist omfang kan vælge mellem arbejde og passiv forsørgelse. Dette skal ikke forstås sådan, at alle sygemeldte vil forlade arbejdsmarkedet, hvis mulighederne for at modtage overførselsindkomst er gode. Ej heller, at alle personer med alvorlige helbredsproblemer kan vælge at arbejde, hvis de ikke kan få en overførselsindkomst. Mange personer med helbredsproblemer, som ville kunne modtage overførselsindkomst, er i arbejde, og mange sygemeldte, som gerne vil arbejde, kan ikke på grund af helbredsproblemer. Modellen skal i stedet forstås sådan, at forskellige forhold, fx tilbud om revalidering, arbejdsgivernes efterspørgsel efter arbejdskraft og de offentlige ordninger med overførselsindkomst, fremmer mulighederne for, at de sygemeldte handler på bestemte måder, mens de begrænser andre valgmuligheder. Fx vil et stort udbud af revalideringstiltag forbedre mulighederne for, at sygemeldte deltager i revalidering, mens et fravær af sådanne tiltag og gode muligheder for modtagelse af passive ydelser, vil øge antallet af ydelsesmodtagere.

Flere af de forhold, som ifølge modellen påvirker sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet, indgår i de følgende kapitler. I første omgang beskrives den sundheds- og socialfaglige indsats, blandt andet for at få afdækket de sygemeldtes kontakt med behandlere i sundhedssystemet, ventetider på behandling, kommunernes organisering af dagpengeopfølgning, hvilke opfølgnings- og revalideringstiltag der iværksættes, og de sygemeldtes vurdering af kommunernes og arbejdsgivernes indsats. I anden omgang analyseres det, hvilken betydning kommunernes sygedagpengeopfølgning og virksomhedsforhold har for, om sygemeldte kommer i arbejde, når der samtidig tages hensyn til andre forhold som fx deres individuelle ressourcer.

## Det giver rapporten svar på

Denne rapport har både et beskrivende og et analytisk sigte. Selvom der gennem de seneste år er udgivet en række rapporter om langvarigt sygemeldte, så foreligger der ingen landsdækkende beskrivelse af langvarige sygedagpengesagers forløb og udfald.<sup>1</sup> På grundlag af en stikprøve af sygedagpengesager af mere end 8 ugers varighed, søger denne rapport at give en sådan beskrivelse. Rapporten beskriver blandt andet:

- Varigheden af sygemeldingerne og de sygemeldtes efterfølgende tilknytning til arbejdsmarkedet (*kapitel 2*)
- Om lønmodtagere, som bliver langvarigt sygemeldt, adskiller sig fra andre lønmodtagere med hensyn til forskellige personlige karakteristika og hvilke virksomheder, de bliver sygemeldt fra (*kapitel 3*)
- Dagpengemodtagernes kontakt med sundhedssystemet: hvor ofte og hvornår i sygedagpengeforløbet de sygemeldte har kontakt med egen læge, speciallæge, fysioterapeut og hospital, og hvor længe de sygemeldte måtte vente på behandling (*kapitel 4*)
- Hvordan kommunerne har organiseret deres arbejde med sygedagpengesager: hvordan foregår visitation og opfølgning af dagpengesager - benytter kommunerne fx eksterne konsulenter. Hvordan foregår samarbejdet mellem kommunen, virksomheder og egen læge? (*kapitel 5*)
- Hvordan kommunernes dagpengeopfølgning foregår: hvor ofte og hvornår indkaldes de sygemeldte til opfølgningssamtale? Hvor ofte og hvornår udarbejdes en opfølgningsplan? Hvor ofte kontakter kommunen den sygemeldtes arbejdsgiver, og hvilke lægelige informationer indhentes? Drøftes revalidering, og hvor ofte igangsættes det? (*kapitel 6*)

---

1. Nord-Larsen (1991) er således den seneste rapport med en landsdækkende beskrivelse af langvarige dagpengesagers forløb og udfald.

- Hvor tilfredse de sygemeldte er med dagpengesagens forløb: hvordan vurderer de sygemeldte kommunens og virksomhedernes indsats? (*kapitel 7*)
- Hvor mange af de sygemeldte som kommer i arbejde? Herunder hvor mange der bliver fastholdt hos sygemeldingsarbejdsgiveren, og hvor mange som kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver? (*kapitel 8*)

Herudover belyser rapportens analyser:

- Hvilke faktorer, der har betydning for, om de sygemeldte efterfølgende kommer i arbejde. Herunder betydningen af kommunernes dagpengeopfølgning og karakteristika ved de virksomheder, hvorfra lønmodtagerne blev sygemeldt (*kapitel 8*)
- Mulighederne for at få flere sygemeldte i arbejde (*kapitel 9*)

Besvarelsen af disse spørgsmål vil kunne bidrage til at afdække, hvilke forhold, som spiller en rolle for fastholdelsen af sygemeldte på arbejdsmarkedet, og dermed bidrage til at pege på hvorledes fastholdelsen af sygemeldte på arbejdsmarkedet kan forøges. Dette diskuteres i perspektiveringen i kapitel 1 og i kapitel 9.

## Undersøgelsens baggrund og data

Den øgede fokus på sygefraværets betydning for arbejdsudbuddet og sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet er baggrunden for, at Socialforskningsinstituttet på initiativ af Beskæftigelsesministeriet har gennemført denne undersøgelse af langvarigt sygemeldte.

Der er tidligere udgivet to arbejdspapirer fra undersøgelsen. Boll og Clausen (2003) bringer resultater fra 40 dybtgående interview med sygedagpengemodtagere, sagsbehandlere og ledere fra de virksomheder, hvorfra dagpengemodtagerne blev sygemeldt. Filges og Høgelund (2003) omhandler de første resultater fra en interviewundersøgelse blandt 1.967 personer, som har været langvarigt sygemeldt. Nærværende rapport bygger både på interviewoplysninger blandt

langvarigt sygemeldte og på andre data om blandt andet kommunernes sagsbehandling og sygemeldingsvirksomheder (datamaterialet er nærmere beskrevet i bilaget):

1. Interviewundersøgelse blandt 1.967 personer, som har afsluttet en sygedagpengesag af mere end 8 ugers varighed
2. Spørgeskema til kommunerne om sagsbehandlingen af hver enkelt af de 1.967 dagpengesager
3. Spørgeskema til de 52 kommuner som undersøgelsens sygemeldte kommer fra. I skemaet har kommunerne besvaret spørgsmål om deres administrative politik på sygedagpenggeområdet
4. Registeroplysninger om de virksomheder, hvorfra dagpengemodtagerne blev sygemeldt
5. Registeroplysninger om dagpengemodtagernes modtagelse af overførselsindkomster, og benyttelse af sundhedsvæsenets ydelser inden sygemeldingen.

### Interviewoplysninger

En væsentlig del af undersøgelsens datamateriale omhandler personer med en afsluttet sygedagpengesag af mere end 8 ugers varighed. Sagerne blev afsluttet i perioden august 2001 til og med februar 2002. Dagpengemodtagerne blev interviewet i telefon af SFI-Survey i oktober-november 2002 – i gennemsnit ca. 10 måneder efter sagerens afslutning, og ca. 18 måneder efter første fraværsdag.

Sygedagpengesagerne er udvalgt i 52 kommuner. For at sikre at de udvalgte sager er repræsentative for sager fra hele landet, er der benyttet en stratificeret tilfældig udvælgelse. Der er dannet 8 strata på baggrund af kommunernes geografiske placering og antal læn-gerevarende sygedagpengesager. Først er de 52 kommuner udvalgt tilfældigt, og bagefter er sygedagpengesagerne udvalgt tilfældigt. Sagerne er efterfølgende vægtet således, at respondenterne med hensyn til geografisk placering af bopæl og dagpengesagerens varighed, kan antages at være repræsentative for personer med en afsluttet sygedagpengesag af mere end 8 ugers varighed, for alle landets 275 kommuner.

I udgangspunktet blev 2.580 sygedagpengesager udvalgt. Disse personer udgør undersøgelsens brutto-udvalg. Blandt disse sager/personer blev 613 frasorteret, fordi de ikke havde telefon, var døde, udvandret, eller ikke kunne kontaktes af anden grund. Af de tilbageværende 1.967, som kan kaldes undersøgelsens netto-udvalg, opnåede SFI-Survey interview med 1.606. Det giver en opnåelsesprocent på 82 (netto-udvalg) og 62 (brutto-udvalg).

### Spørgeskemaoplysninger om kommunernes sagsbehandling

I december 2002 fik de 52 kommuner tilsendt et lille spørgeskema om deres sagsbehandling af de 1.967 sager. Kommunerne besvarede i alt 1.739 skemaer, hvilket svarer til en opnåelsesprocent på 88.

### Spørgeskemaoplysninger om kommunernes administration

I marts 2003 blev undersøgelsens 52 kommuner bedt om at besvare et spørgeskema om kommunens administrative politik på sygedagpengeområdet. Ballerup kommune, som behandler sygedagpengesager to forskellige steder, fik tilsendt to skemaer, mens Københavns kommune, hvor sagsbehandlingen sker i 14 servicecentre, fik tilsendt 14 skemaer. I alt blev der udsendt 66 skemaer, og der kom svar fra 62 kommuner/centre (svarprocent på 94).

### Registeroplysninger

Endelig er der tilknyttet en række registeroplysninger om undersøgelsens 1.967 sygedagpengemodtagere. Fra Danmarks Statistiks Integrerede Database for Arbejdsmarkedsforskning (IDA) og Sygehusbenyttelsesregisteret er der tilkoblet en række personoplysninger (civilstand, uddannelsesbaggrund, stilling m.v.), og oplysninger om forbrug af ydelser i sundhedssystemet (kontakt til alment praktiserende læge og speciallæge m.v.). For de sygemeldte, som var lønmodtagere ved sygemeldingens begyndelse, er der endvidere koblet en række oplysninger om det arbejdssted, hvorfra de blev sygemeldt (branche, antal ansatte, personale omsætning m.v.). Af undersøgelsens 1.685 lønmodtagere lykkedes det at koble arbejdsstedoplysninger for 1.386 svarende til 82 pct.

## Sammenkobling af data

Nogle af undersøgelsens analyser kombinerer to eller flere af de forskellige datasæt, hvilket betyder, at datagrundlaget udgøres af det antal personer, som der er oplysninger om i de pågældende datasæt. I kapitel 6 analyseres fx både på interviewoplysninger om de sygemeldte og på data om kommunernes sagsbehandling af hver enkelt sag. Her udgøres datagrundlaget af 1.403 personer svarende til 71 procent af netto-udvalget. Når der i kapitel 6 også inddrages oplysninger om kommunernes administrative praksis, falder datagrundlaget til 1.310 personer eller 67 procent af netto-udvalget. Analyserne i kapitel 8 tager udgangspunkt i de 1.685 af undersøgelsens sygemeldte, som var lønmodtagere, da de blev sygemeldt. Disse analyser sker med udgangspunkt i oplysninger fra alle undersøgelsens fire datamaterialer, og omfatter 936 personer svarende til 56 procent af netto-udvalget af lønmodtagere. I analyserne er der ved brug af vægte korrigeret for bortfald og udvalgssandsynlighed (dette er nærmere beskrevet i bilaget).

## Kort om fordele og ulemper ved datamaterialet

En fordel ved undersøgelsens data er, at det kommer fra flere forskellige kilder. Ved at kombinere disse oplysninger, opnås et meget omfattende og detaljerigt materiale. Det gør det muligt at belyse en række spørgsmål om betydningen af flere vigtige aktører, som er involveret i en sygedagpengesag. Det indebærer en væsentlig fordel, i forhold til de fleste andre undersøgelser af sygemeldte. I nærværende undersøgelse er det således muligt at belyse, hvilken betydning fx de sygemeldtes ressourcer har for, om de kommer i arbejde samtidig med, at der tages hensyn til kommunens indsats og karakteristika ved sygemeldingsvirksomheden.

Undersøgelsens design indebærer imidlertid også et par ulemper. For det første er de sygemeldte interviewet efter afslutningen af sygemeldingen. Det betyder, at det ikke har været muligt, at indsamle pålidelige oplysninger om en række forhold ved sygemeldingens begyndelse. Det gælder først og fremmest oplysninger om de sygemeldtes helbred på det tidspunkt, hvor de lige var blevet sygemeldt. Årsagen hertil er, at de sygemeldtes svar på disse spørgsmål kan være påvirket af sygemeldings forløb. Personer, som har haft et kompliceret forløb og ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, vil fx (ubevidst) kunne overvurdere, hvor alvorlige deres helbredsproblemer var,

sammenlignet med personer med et ukompliceret forløb, som var i arbejde på interviewtidspunktet. Som indikatorer for de sygemeldtes helbred ved sygemeldingens begyndelse, er i stedet anvendt en række oplysninger om situationen inden sygemeldingen. Det gælder fx, om hvorvidt de sygemeldte tidligere har været langvarigt sygemeldt, og om antallet af kontakter til egen læge og speciallæge året inden sygemeldingen. Mens disse oplysninger formodentlig udmærket måler latente forskelle i de sygemeldtes helbred, er de nok ikke særlig gode til at måle pludselige helbredsændringer.

En anden svaghed er, at oplysninger om kommunernes generelle administration på sygedagpengeområdet er indsamlet efter, at undersøgelsens sygemeldte har afsluttet den langvarige sygedagpengesag. Det er problematisk i kausale analyser, hvor disse kommuneoplysninger er brugt til at forklare kommunernes dagpengeopfølgning m.v. i den enkelte sag (kapitel 6 og 8). For at afhjælpe dette problem blev kommunerne bedt om at oplyse, om de inden for de seneste tre år havde ændret administrativ praksis inden for det område/emne, der blev spurgt til. Det gælder blandt andet ændringer i praksis med hensyn til visitation af og opfølgning på sygedagpengesager. Disse oplysninger er brugt til at korrigere for, at kommunerne eventuelt havde en anden praksis på det tidspunkt, hvor de besvarede spørgeskemaet, end da de behandlede dagpengesagerne.

## Hvordan går det de sygemeldte – et første kig på tallene

Undersøgelsen bygger hovedsagelig på oplysninger om 1.581 personer med en afsluttet sygedagpengesag af mere end 8 ugers varighed. 91 procent af de sygemeldte var lønmodtagere, da de blev sygemeldt, mens 9 procent modtog arbejdsløshedsdagpenge.

Sygedagpengesagerne varede i gennemsnit 222 dage, hvilket svarer til ca. 32 uger eller lidt mindre end 7½ måned. Langt de fleste sager havde en forholdsvis kort varighed. Lidt mindre end en tredjedel havde således en varighed på 9-13 uger, en tilsvarende andel havde en varighed på 14-26 uger, mens ca. 8 procent varede i mere end 1½ år (se tabel 2.1).



Tabel 2.1

Afsluttede sygedagpengesager med en varighed på mere end 8 uger fordelt efter varighed. I procent.

Sagsvarighed									
9-13 uger	14-26 uger	27-39 uger	40-52 uger	1-1½ år	1½-2 år	2 år og derover	I alt	Antal	
32	31	12	8	10	4	4	101	1.581	

På interviewtidspunktet i oktober-november 2002 - i gennemsnit ca. 18 måneder efter første sygefraværdsdag og ca. 10 måneder efter dagpengesagerens afslutning - var 62 procent i arbejde. 54 procent af dagpengemodtagerne var i ustøttet arbejde, mens 8 procent var i arbejde med løntilskud (se tabel 2.2). Blandt dem, der ikke var i arbejde, oplyser de fleste, at de modtog arbejdsløshedsdagpenge (10 procent), førtidspension (9 procent) og sygedagpenge (6 procent). De øvrige grupper, efterløn/folkepension, kontanthjælp, under uddannelse, revalidering og andet, udgør hver især 2-3 procent af samtlige sygemeldte.

Analyser af dagpengesagerens varighed, og ofte også den offentlige debat om sygefravær, forudsætter implicit, at korte sygedagsager er "bedre" end lange. Både fordi det antages, at personer med korte fravær klarer sig bedre i forhold til arbejdsmarkedet, end personer med lange fravær, og fordi korte fravær udløser færre offentlige udgifter til overførselsindkomster end lange fravær. Dette er i store træk rigtigt. Men der er også væsentlige undtagelser.

Af tabellen ser man, at sager med en forholdsvis kort varighed ofte resulterer i, at de pågældende personer kommer i ustøttet arbejde, mens dette sjældent er tilfældet i lange sager. Blandt sager med en varighed på 9-13 uger, er 75 procent således i arbejde, uden løntilskud, på interviewtidspunktet, mens det kun er tilfældet for 31 procent af sagerne med en varighed på 40-52 uger, 19 procent med en varighed på 1-1½ år, 12 procent med en varighed på 1½-2 år, og for kun 2 procent af sagerne med en varighed på mindst 2 år. På tilsvarende vis kan det ses, at langvarige sager oftere end de kortere sager ender med førtidspension. Næsten en tredjedel af sagerne med en varighed på mere end 1 år, ender således med førtidspension, mens

Tabel 2.2

Dagpengemodtagernes forsørgelsesstatus på interviewtidspunktet. Særskilt efter sagernes varighed. Procent.

Sagsvarighed								
Forsørgelsesstatus	9-13 uger	14-26 uger	27-39 uger	40-52 uger	1-1,5 år	1,5-2 år	2 år-	I alt
I arbejde uden løntilskud	75	65	39	31	19	12	2	54
I arbejde med løntilskud	4	4	11	12	19	17	32	8
Sygemeldt	6	6	9	5	5	2	0	6
Revalidering	0	1	2	2	5	4	6	2
Arbejdsløshedsdagpenge	7	10	13	18	9	9	10	10
Kontanthjælp	1	2	2	2	5	12	3	2
Førtidspension	1	3	7	12	30	38	39	9
Efterløn eller folkepension	3	3	4	6	2	0	0	3
Studerende	1	4	3	8	3	3	5	3
Andet	2	3	9	2	3	3	3	3
I alt	99	100	100	99	100	100	100	100
<b>Antal</b>	<b>509</b>	<b>486</b>	<b>189</b>	<b>120</b>	<b>162</b>	<b>56</b>	<b>58</b>	<b>1579</b>

det kun er tilfældet for 1-12 procent af sagerne med en varighed på mindre end 1 år. Disse tal bekræfter med andre ord, at sagernes varighed i høj grad hænger sammen med, hvordan folk klarer sig på arbejdsmarkedet, og hvor ofte de modtager offentlige overførselsindkomster. Antagelsen, om at korte sager oftere end lange sager ender med arbejde/selvforsørgelse, holder med andre ord i de fleste tilfælde.

Der er imidlertid også tilfælde, hvor denne sammenhæng ikke gælder. Tabel 2.1. viser således, at sager med en varighed på under et år, oftere end sager med en varighed på mere end et år ender med varig offentlig forsørgelse i form af efterløn eller folkepension. Når de ældste dagpengemodtagere ofte har korte sagsforløb (Filges og Høgelund, 2003), er det således ikke nødvendigvis udtryk for, at de ældre kommer i arbejde lige så ofte som yngre dagpengemodtagere. Det kan i stedet afspejle, at ældre sygemeldte, i modsætning til yngre, trækker sig ud af arbejdsmarkedet via efterløn eller folkepension.

På tilsvarende måde ender nogle langvarige sager oftere end korte sager med beskæftigelse. Af tabellen kan det således ses, at langvarige dagpengesager langt hyppigere end korte sager resulterer i, at de pågældende personer kommer i arbejde med løntilskud, fx i et fleksjob. Blandt sager med en varighed på 9-26 uger er der kun 4 procent, som kommer i arbejde med løntilskud, mens det er tilfældet blandt 17-19 procent af sagerne med en varighed på 1-2 år, og hele 32 procent blandt sager med en varighed på mindst 2 år.

Disse eksempler viser med andre ord, at det ikke altid er muligt at slutte fra sagsvarighed til arbejdsmarkeds- eller forsørgelsesstatus. En kort sygedagpengesag, udtrykker således ikke nødvendigvis en højere grad af selvforsørgelse end en lang sag. Analyserne i kapitel 8, af hvordan det går de sygemeldte på arbejdsmarkedet, fokuserer derfor på, om de sygemeldte kommer i arbejde og ikke på sagernes varigheder.



# LANGVARIGT SYGEMELDTE – HVEM ER DE OG HVOR ER DE BESKÆFTIGET?

Langvarige sygemeldinger udgør en mindre del af samtlige sygemeldinger. For eksempel udgør sygemeldinger af mere end 26 ugers varighed kun omkring 3 procent af samtlige sygemeldinger. Til gengæld udgør disse sygemeldinger 25 procent af det samlede fravær (Beskæftigelsesministeriet, 2003). De langvarige sygemeldinger har også de alvorligste konsekvenser for de berørte personer. Som vi så i kapitel 2, resulterer langvarige sager således meget oftere end korte sager i, at de sygemeldte mister tilknytningen til arbejdsmarkedet. Spørgsmålet er, om risikoen for at blive langvarigt sygemeldt er jævnt fordelt blandt personer på arbejdsmarkedet? Eller er der grupper, som er særlig udsatte? Dette spørgsmål belyses i to trin. Først undersøger vi, om nogle lønmodtagere har særlig risiko for at blive langvarigt sygemeldt, og om de langvarigt sygemeldte kommer fra virksomheder med særlige kendetegn. Dernæst belyser vi, om langvarigt sygemeldte lønmodtagere adskiller sig fra dem, som blev sygemeldt fra ledighed.

# Hvilke lønmodtagere bliver langvarigt sygemeldt – og hvor arbejder de?

Besvarelsen af dette spørgsmål sker på grundlag af registeroplysninger fra Danmarks Statistik. Der er koblet en række personoplysninger til undersøgelsens 1.685 sygemeldte lønmodtagere.<sup>1</sup> De sygemeldte lønmodtagere sammenlignes med en 10 procent stikprøve af lønmodtagere. Hermed kan det belyses, om der er nogle lønmodtagere, som særlig ofte bliver langvarigt sygemeldt.<sup>2</sup> For at forøge sammenligneligheden er stikprøven af lønmodtagere udvalgt fra de samme år, som de langtidssygemeldte lønmodtagere blev sygemeldt. For både lønmodtagere og de sygemeldte lønmodtagere er der herudover koblet en række oplysninger om virksomhederne, hvor de er ansat (for de sygemeldte lønmodtagere er der tale om de virksomheder, hvorfra de blev sygemeldt). Disse variabler er målt året inden, de sygemeldte lønmodtagere blev sygemeldt. Det er lykkedes at koble virksomhedsoplysninger for 1.386 af de sygemeldte lønmodtagere.

## Person-karakteristika

De personlige karakteristika omhandler variabler, som formodes at måle helbred (antal kontakter til egen læge, antal kontakter til speciallæge, antal dage indlagt på sygehus) og andre personlige ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet (erhvervsuddannelse, anciennitet og erhvervs erfaring). Det forventes, at lønmodtagere med dårligt helbred - mange lægekontakter og indlæggelsesdage – har stor risiko for at blive langvarigt sygemeldt. Ligeledes forventes det, at personer med forholdsvis begrænsede øvrige ressourcer – ingen erhvervsuddannelse, kort anciennitet og begrænset erhvervs erfaring – ofte bliver

- 
1. Undersøgelsens sygemeldte er udvalgt i 52 kommuner. De sygemeldte er efterfølgende vægtet således, at de kan antages at repræsentere langvarigt sygemeldte fra hele landet (se bilag). Sammenligningsgruppen af lønmodtagere udgøres af en 10 procent stikprøve af lønmodtagere fra de samme 52 kommuner. Disse lønmodtagere er opvægtet på samme måde som stikprøven af sygemeldte, således at lønmodtagerne kan antages at repræsentere samtlige lønmodtagere i Danmark.
  2. De virksomhedskarakteristika, der er med i analysen stammer fra Danmarks Statistiks IDA-register. Variablerne i registeret omhandler arbejdssteder. I de fleste tilfælde er et arbejdssted det samme som en virksomhed, men i nogle tilfælde kan en virksomhed bestå af flere arbejdssteder. I dette kapitel bruges både udtrykket “arbejdssted” og “virksomhed” om arbejdssted.

langvarigt sygemeldt. Her skal man imidlertid være opmærksom på, at disse forhold kan påvirke sandsynligheden for at blive langvarigt sygemeldt på to, modsatrettede, måder. Lønmodtagere med mange ressourcer i form af enten uddannelse, virksomhedsinterne kvalifikationer (lang anciennitet) eller megen erhvervs erfaring kan i forbindelse med en sygemelding ofte vende hurtigt tilbage i arbejde og dermed undgå at blive langvarigt sygemeldt, fordi de sygemeldte har værdifulde virksomhedsspecifikke kvalifikationer, som arbejdsgiverne er interesseret i at fastholde. På den anden side kan anciennitet og erhvervs erfaring afspejle arbejdsbetinget nedslidning. For eksempel har lønmodtagere med lang anciennitet, været udsat for psykiske og fysiske påvirkninger fra deres arbejde i mange år, hvilket kan betyde, at de ofte er nedslidte og derfor ofte bliver langvarigt sygemeldt.

Ud over disse variabler er en række andre personkarakteristika medtaget. Det drejer sig om køn, alder, statsborgerskab, samlivsstatus, og om de pågældende personer har hjemmeboende børn. Tidligere undersøgelser har fundet, at ældre, kvinder, enlige og lønmodtagere med børn forholdsvis ofte bliver langvarigt sygemeldt (se fx Nord-Larsen, 1991; Marklund, 1995; Høgelund og Kruhøffer, 2000; Weber, 2001). Betydningen af alder kan hænge sammen med, at ældre lønmodtagere af biologiske årsager kan have dårligere helbred end yngre, og/eller at de gennem et langt arbejdsliv er blevet nedslidt. Betydningen af køn henføres ofte til, at kvinder hyppigt varetager omsorgsopgaver for familiens børn, og/eller at de ofte arbejder i job med dårligt fysisk og psykisk arbejdsmiljø (for en oversigt, se Marklund, 1995). Tabel 3.1. viser lønmodtagere og sygemeldte lønmodtagere fordelt efter antal kontakter til egen læge, erhvervsuddannelse, køn og alder (de øvrige personkarakteristika er vist i bilagstabel B3.1).

Tabel 3.1. understøtter umiddelbart betydningen af helbred og andre ressourcer. Langvarigt sygemeldte har således meget oftere end alle lønmodtagere mange kontakter til almenpraktiserende læge. Mere end halvdelen af de langtidssygemeldte har haft mere end 5 kontakter til egen læge, mens det kun er tilfældet blandt ca. en tredjedel af lønmodtagerne. Ligeledes kan det ses, at de sygemeldte mindre hyppigt har en videregående erhvervsuddannelse (20 procent) i forhold til alle lønmodtagere (27 procent).

Tabel 3.1

Lønmodtagere og langtidssygemeldte lønmodtagere fordelt efter antal kontakter til egen læge, erhvervsuddannelse, køn og alder. I procent.

		Langtidssygemeldte	Lønmodtagere
Antal kontakter til alm. Læge***	0	8	19
	1-2	17	26
	3-5	23	25
	6-9	24	17
	10 og derover	28	14
Højeste fuldførte uddannelse***	Ingen erhvervsuddannelse	37	36
	Erhvervsfaglig	42	38
	Videregående	20	27
Køn***	Mand	44	53
	Kvinde	56	47
Alder***	18-29 år	15	25
	30-39 år	24	27
	40-49 år	27	24
	50-67 år	34	24
<b>Antal</b>		<b>1.683</b>	<b>87.931</b>

Note: Variablerne er målt i året inden sygemeldingens begyndelse. Tabellen bygger på vægtede data (se bilag). Procentgrundlaget for antal kontakter til almenpraktiserende læge er 1.679 (langtidssygemeldte) og 87.376 (lønmotagere). Signifikansniveau: NS: Ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001.

Tabellen understøtter også de tidligere fundne sammenhænge mellem køn, alder og langvarigt sygefravær. Der er således flere kvinder blandt de sygemeldte (56 procent) end blandt lønmodtagerne (47 procent). Tilsvarende kan det ses, at der er forholdsvis mange ældre blandt de sygemeldte. Ca. en tredjedel af de sygemeldte er mellem 50 og 67 år, mod kun ca. en fjerdedel blandt alle lønmodtagere.

### Virksomheds-karakteristika

For at belyse om langvarigt sygemeldte kommer fra bestemte (grupper af) virksomheder, er der inddraget en række virksomhedsvariable. Det gælder blandt andet antal ansatte, udviklingen i antal ansatte, branche, ejerforhold (private og offentlige virksomheder), personalsammensætning (andel højere funktionærer, lavere funk-



tionærer, faglærte arbejdere, ufaglærte arbejdere og andel hovedbeskæftigede kvinder) og lønniveau.

Virksomheds-karakteristika kan umiddelbart tænkes at have betydning for langvarigt sygefravær på to måder. For det første kan virksomheds-karakteristika hænge sammen med det fysiske og psykiske arbejdsmiljø på de virksomheder, hvor lønmodtagerne er ansat. Det gælder udviklingen i antal ansatte, som formodes at afspejle, om virksomheden er i vækst, stagnation eller i recession. Risikoen for at blive langvarigt sygemeldt antages at være forholdsvis stor på virksomheder, som reducerer i medarbejderstaben. På virksomheder i recession vil der ofte være et hårdere psykisk arbejdsmiljø end på virksomheder i vækst, fordi risikoen for at blive afskediget er større, når virksomhedens økonomi er dårlig. Virksomhedens branche formodes at hænge sammen med produktionsforhold og arbejdsmiljø. Det er således muligt, at arbejdsmiljøet er særlig belastende blandt virksomheder i bestemte brancher, hvilket kan lede til nedslidning og øget risiko for langvarig sygdom. Virksomhedsstørrelse kan også have betydning for det psykiske arbejdsmiljø, fordi der kan være større social sammenhørighed på små end på store virksomheder (Edling, 1993 refereret fra Marklund, 1995). Det skal bemærkes, at den betydning virksomhedernes karakteristika har for medarbejdernes arbejdsmiljø, er indirekte. En direkte måling af lønmodtagernes arbejdsmiljø, som ville give et bedre analysegrundlag, findes ikke i Danmarks Statistiks registre.

For det andet kan virksomheds-karakteristika hænge sammen med, om en sygemelding bliver langvarig. Virksomhedens størrelse kan have betydning for en sygemeldt medarbejders muligheder for (i en periode) at blive omplaceret til et andet og mindre belastende arbejde, således at den sygemeldte kan komme i arbejde, inden sygemeldingen har varet i 2 måneder. Mulighederne for omplacering formodes at være bedre på store end på små virksomheder. Ligeledes kan der være branchemæssige forskelle i sygemeldtes muligheder for hurtigt at vende tilbage i arbejde. I nogle brancher kan der være begrænsede muligheder for, midlertidigt eller permanent, at varetage en anden jobfunktion eller få arbejdsfunktionen tilpasset. Det kan fx være tilfældet i brancher, hvor den overvejende del af jobbene indebærer hårdt fysisk arbejde. Her kan en sygemelding, som skyldes bevægeapparatproblemer, tænkes at trække ud, fordi det ikke er

muligt at blive omplaceret, og fordi den sygemeldte ikke kan vende tilbage i samme stilling, før end den pågældende er helt rask.

Virksomhedernes karakteristika kan også tænkes at hænge sammen med virksomhedernes personale- og sygefraværspolitik, hvilket kan have indflydelse på, om en sygemelding kommer til at vare i mere end 2 måneder. Virksomheder med en "videnstung" produktion, hvor medarbejdernes kvalifikationer og viden har stor betydning for produktionen, formodes at have en aktiv personale- og sygefraværspolitik, som kan medvirke til at begrænse sygefraværet. Da medarbejdere med stor viden og specielle kvalifikationer kan være svære at erstatte, har virksomheden stor økonomisk tilskyndelse til at begrænse sygefraværet. Dette aspekt er målt ved andelen af medarbejdere, som tilhører forskellige medarbejdergrupper (højere funktionærer, lavere funktionærer, faglærte og ikke-faglærte), lønniveau og andelen af hovedbeskæftigede kvinder blandt samtlige hovedbeskæftigede på virksomheden. Virksomheder med mange højere funktionærer og/eller højt lønniveau formodes at have en "videnstung" produktion. Det samme er tilfældet for virksomheder med mange mandlige medarbejdere, idet mænd langt oftere end kvinder er beskæftiget i faglærte job og højere funktionærstillinger.

Endelig er ejerforhold (privat, offentlig, andet), og om arbejdsstedet er en del af en virksomhed med flere arbejdssteder, med i analysen. Det er imidlertid vanskeligt at tillægge disse variabler en entydig fortolkning. Ejerforhold kan tænkes både at påvirke arbejdsmiljø og personale- og sygefraværspolitik. Produktionen i offentlige virksomheder adskiller sig gennemgående fra produktionen i private virksomheder, hvilket kan give anledning til forskelle i arbejdsmiljøet. Fx er en række serviceydelser, som undervisning og sundhedsydelser, overvejende offentligt produceret. Men det er på forhånd vanskeligt at afgøre, hvordan sådanne forskelle påvirker arbejdsmiljøet. Offentlige virksomheder kan også have en anden sygefraværspolitik end private virksomheder. Rosdahl og Uldall-Poulsen (2003) finder således, at offentlige ledere markant oftere end ledere i private virksomheder er socialt engagerede, hvilket kan betyde, at offentlige virksomheder har en bedre sygefraværspolitik end private virksomheder. Ejerforhold kan også påvirke virksomhedernes økonomi og dermed både hvilke krav, der stilles til medarbejderne, og virksomhedernes interesse i og mulighed for at begrænse varigheden af medarbejderne

sygefravær. På den ene side finder den ovennævnte undersøgelse, at offentlige ledere meget oftere end private ledere vurderer, at virksomhedens økonomi er dårlig. På den anden side er private virksomheder underlagt markedsvilkår i langt højere grad end offentlige virksomheder. Ændringer i afsætningsmuligheder m.v., kan derfor slå forholdsvis hårdt igennem i private virksomheders arbejdsmiljø og deres interesse i og muligheder for at begrænse varigheden af medarbejderne sygefravær.

Det er ligeledes svært at vide, hvilken betydning det har, om arbejdsstedet er en del af en virksomhed med flere arbejdssteder. En virksomhed med mange arbejdssteder vil ofte også være stor, og antal arbejdssteder kan derfor have samme betydning som virksomhedsstørrelse, se ovenfor. Antal arbejdssteder kan også hænge sammen med virksomhedens organisatoriske forhold. For eksempel kan virksomheder med flere arbejdssteder have en centraliseret personale- og sygefraværspolitik, mens det ikke er tilfældet, når virksomheden kun udgøres af et arbejdssted. Det er imidlertid uklart, hvilken betydning det har for, om sygemeldinger får en varighed på mere end 8 uger.

Tabel 3.2. viser lønmodtagere og sygemeldte lønmodtagere fordelt efter nogle af de nævnte virksomheds-karakteristika (fordelingen af de øvrige variabler er vist i bilagstabel B3.2).

Tabellen giver hverken (væsentlig) støtte til betydningen af antal ansatte eller virksomhedens økonomiske situation (udviklingen i beskæftigelsesomfang).<sup>3</sup> Der er således kun mindre forskelle mellem antal af ansatte på de virksomheder, hvor lønmodtagerne er ansat, og de virksomheder, hvor de sygemeldte var beskæftiget, da de blev sygemeldt. Det samme er tilfældet med udviklingen i virksomhedernes beskæftigelsesomfang i årene inden sygemeldingen. Sygemeldte lønmodtagere kommer således lidt oftere end lønmodtagere fra virksomheder med en uændret beskæftigelsesudvikling. Til gengæld er/var de sygemeldte mindre hyppigt end lønmodtagerne ansat på en virksomhed med stigende beskæftigelse.

---

3. På grund af det meget store antal observationer, som indgår i analysen, bliver forholdsvis beskedne forskelle signifikante. Konklusionerne her er derfor baseret på, at forskelle i procentandelene er små.

Tabel 3.2

Lønmodtagere og langtidssygemeldte lønmodtagere fordelt efter forskellige karakteristika ved sygemeldingsarbejdssted. I procent.

		Langtidssygemeldte	Lønmodtagere
Antal ansatte <sup>NS</sup>	0-9	14	14
	10-19	12	13
	20-49	18	19
	50-99	17	15
	100 og over	39	39
Beskæftigelsesomfanget året før*	Faldende	29	28
	Uændret	40	37
	Stigende	31	35
Ejerforhold***	Privat	53	50
	Offentlig	34	26
	Andet	13	14
Branche***	Primær og sekundær sektor	28	26
	Handel	11	15
	Service	56	55
	Andet	4	5
Andel hovedbeskæftigede kvinder***	0-39 procent	41	43
	40-60 procent	18	23
	61-100 procent	41	34
<b>Antal</b>		<b>1.348-1.386</b>	<b>84.782-87.931</b>

Note: Variablerne er målt i året inden sygemeldingens begyndelse. Tabellen bygger på vægtede data (se bilag). Signifikansniveau: NS: Ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001.

Derimod synes tabellen klart at understøtte betydningen af ejerforhold, idet der er forholdsvis mange sygemeldte, som kommer fra offentligt ejede virksomheder. 34 procent af de sygemeldte lønmodtagere var således beskæftiget på en offentligt ejet virksomhed mod kun 26 procent blandt alle lønmodtagere. Som nævnt er det imidlertid svært at fortolke denne forskel. Af tabellen ses også, at der er mindre forskelle med hensyn til virksomhedernes branche. Den væsentligste forskel er, at de langvarigt sygemeldte sjældent kommer fra virksomheder inden for handel. Kun 11 procent af de sygemeldte

lønmodtagere var således beskæftiget på en virksomhed inden for handel, mod 15 procent blandt alle lønmodtagere.

Umiddelbart tyder tabellen på, at lønmodtagere fra virksomheder med en "videnslet" produktion – som i høj grad er baseret på medarbejdere som er ufaglærte eller lavere funktionærer - har en stor risiko for at blive langvarigt sygemeldt. 41 procent af de sygemeldte lønmodtagere kommer således fra en virksomhed med en stor andel kvindelige ansatte, mens kun 34 procent af lønmodtagere er ansat på en virksomhed med mange kvinder. Her er det imidlertid vigtigt at passe på. Forskellen kan blot afspejle, at kvinder ofte er ansat på virksomheder, som har en overvægt af kvindelige ansatte. Den konstaterede sammenhæng er derfor ikke nødvendigvis udtryk for, at lønmodtagere på virksomheder med en "videnslet" produktion har en stor risiko for at blive langvarigt sygemeldt. Forskellen kan i stedet afspejle, at kvinder oftere bliver langvarigt sygemeldt end mænd, jf. tabel 3.1.

Dette er et generelt problem for analysen. Hvis vi undlader at korrigere for personforskelle mellem lønmodtagere og sygemeldte lønmodtagere, kan virksomhedsforskelle blot afspejle, at nogle lønmodtagere med stor risiko for at blive langtidssygemeldt særlig ofte arbejder på bestemte virksomheder. For eksempel kan man forestille sig, at lønmodtagere med forholdsvis begrænsede helbredsressourcer og andre ressourcer ofte bliver ansat på bestemte virksomheder. Hvis vi ikke korrigerer for forskelle i lønmodtagernes ressourcer, vil det se ud som om, at det er virksomheds-karakteristika, som har betydning for, om lønmodtagerne bliver langvarigt sygemeldt, selvom årsagen er, at lønmodtagere med forholdsvis begrænsede ressourcer, ofte ansættes på bestemte typer af virksomheder. I analysen nedenfor er det derfor valgt at undersøge, om virksomhedernes karakteristika har betydning for, om lønmodtagere bliver langvarigt sygemeldt, når der er korrigeret for alle observerede personforskelle. Hermed undgås de nævnte analytiske problemer: virksomhedsforhold tilskrives ikke fejlagtigt den forklaring, som skyldes forhold ved lønmodtagerne. Til gengæld kan det indebære, at betydningen af virksomhedsforhold undervurderes. Det vil fx være tilfældet, hvis årsagen til, at lønmodtagere på nogle virksomheder har dårligt helbred, ikke skyldes, at lønmodtagere med dårligt helbred kommer i beskæftigelse på bestemte typer af virksomheder, men i stedet skyldes, at dårligt arbejdsmiljø

nedslider de ansattes helbred. Analysen vil derfor i nogle tilfælde undervurdere betydningen af virksomhedsforhold.

En samlet analyse af sandsynligheden for at blive sygemeldt i mere end 8 uger

Tabel 3.3. viser resultaterne af en logistisk regressionsanalyse, som omfatter alle personvariabler og de virksomhedsvariabler, som bliver signifikante, når alle personvariabler er med i analysen. Hver variabels samlede betydning er angivet ud for variabelernes navn i den første søjle (hvor signifikansniveauet er angivet). Effekten af variabelen er angivet i højre søjle. Et “+” (“-”) angiver, at lønmodtagere i den pågældende kategori har signifikant større (mindre) sandsynlighed for at blive sygemeldt i mere end 8 uger end lønmodtagere i sammenligningskategorien, som er angivet med “•”.

Hvis vi begynder med personvariablerne, kan det ses, at indikatorerne for helbred har den forventede betydning: jo flere kontakter til egen læge og jo flere dage indlagt på sygehus, desto større er sandsynligheden for at blive sygemeldt i mere end 8 uger. Antal kontakter til egen læge er (sammen med alder) den variabel i analysen, som har den største effekt. Det tyder - ikke overraskende - på, at helbredsforhold spiller en afgørende rolle for, om lønmodtagere bliver langvarigt sygemeldt.

Effekten af uddannelse er også som forventet. Lønmodtagere med en videregående uddannelse, har væsentlig mindre risiko for at blive langvarigt sygemeldt end lønmodtagere uden erhvervsuddannelse. Til gengæld er betydningen af erhvervs erfaring (antal år beskæftiget siden 1980, divideret med antal år i den erhvervsaktive alder siden 1980) anderledes, end det umiddelbart var forventet. Det var forventet, at erhvervs erfaring udtrykker hidtidig tilknytning til arbejdsmarkedet, og derfor var et mål for ressourcer. Det kunne derfor forventes, at lønmodtagerne med megen (relativ) erhvervs erfaring også havde lille risiko for at blive langvarigt sygemeldt. Dette

---

4. Variablen måler lønmodtagernes relative erhvervs erfaring, jf. ovenfor. Men den afspejler i høj grad også absolut erhvervs erfaring – samlet antal år i beskæftigelse – idet der er en meget stærk korrelation mellem variablerne for relativ og absolut erhvervs erfaring (korrelationskoefficient på 0,78).

er imidlertid ikke tilfældet, idet lønmodtagere med megen erhvervs-  
erfaring har større sandsynlighed for at blive sygemeldt end lønmod-  
tagere med begrænset erhvervs erfaring. Forklaringen på denne effekt  
kan være, at erhvervs erfaring – og tilknytning til arbejdsmarkedet

Tabel 3.3

Sandsynligheden for at lønmodtagere bliver sygemeldt i mere end 8 uger. Logistisk regression  
(n=87.572).

Variabler		Effekt
<b>Personvariabler</b>		
Antal kontakter til almenlæge***	0	•
	1-2	+
	3-5	+
	6-9	+
	10 og derover	+
Antal kontakter til speciallæge <sup>NS</sup>	0-102	0
Antal sengedage i forbindelse med sygdom***	0	•
	Ambulant behandling	0
	1-3	+
	4-7	+
	8 og derover	+
Højeste fuldførte uddannelse**	Ingen erhvervsuddannelse	•
	Erhvervsfaglig	0
	Videregående	-
Beskæftigelsesgrad***	0-24 pct.	•
	25-49 pct.	+
	50-74 pct.	+
	75-100 pct.	+
Anciennitet (år ansat på arbejdssted siden 1980)*	0-20	-
		+
Anciennitet i anden potens*		+
		+
Køn <sup>NS</sup>	Mand	•
	Kvinde	0
Alder***	18-29 år	•
	30-39 år	+
	40-49 år	+
	50-67 år	+
Statsborgerskab <sup>NS</sup>	Dansk	•
	Andet	0

Samlivsstatus <sup>NS</sup>	Enlig	•
	Gift/samlevende	0
Hjemmeboende børn <sup>NS</sup>	Nej	•
	Ja	0
<b>Virksomhedsvariabler</b>		
Ejerforhold <sup>***</sup>	Privat ejet	•
	Offentligt ejet	+
	Andet	0
Branche <sup>***</sup>	Primær og sekundær sektor	•
	Handel	-
	Service	-
	Andet	-
Andel højere funktionærer <sup>***</sup>	0%	•
	0-19%	0
	20% og derover	-

Note: Variablerne er målt i året inden sygdommeldingens begyndelse. Analysen bygger på vægtede data (se bilag). Signifikansniveau: NS: Ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001. "•" angiver referencekategori, "+" angiver en signifikant positiv sandsynlighed for at blive langvarigt sygemeldt, "-" angiver en signifikant negativ sandsynlighed for at blive langvarigt sygemeldt.

– også afspejler, i hvilket omfang lønmodtagerne er blevet nedslidt. Lønmodtagere med en tæt og langvarig forudgående tilknytning til arbejdsmarkedet kan således have været udsat for en større arbejdsmæssig nedslidning, end lønmodtagere med en løsere tilknytning til arbejdsmarkedet.

Det var forventet, at anciennitet havde en betydning ligesom erhvervs erfaring: jo længere anciennitet desto mindre er sandsynligheden for at blive langvarigt sygemeldt.<sup>5</sup> Dette er kun delvist rigtigt, idet anciennitet har en "U-formet" effekt. Risikoen for at blive sygemeldt falder med stigende anciennitet indtil en anciennitet på ca. 10 år. Herefter stiger sandsynligheden for at blive sygemeldt indtil ca. 20 års anciennitet, hvor effekten er nul. Fra 20 års anciennitet er der en positiv sandsynlighed for at blive sygemeldt.

- 
5. Anciennitet og erhvervs erfaring er forholdsvis stærkt korreleret (korrelationskoefficient på 0,39 blandt lønmodtagere og 0,37 blandt sygemeldte lønmodtagere), og de måler derfor i et vist omfang det samme. Begge variabler er med i modellen, idet korrelationen tilsyneladende ikke er så stærk, at det i væsentlig grad påvirker modellens øvrige estimater.



Den U-formede effekt kan tyde på, at op til en vis anciennitet er øget anciennitet er udtryk for flere ressourcer, som reducerer risikoen for at blive langvarigt sygemeldt. På et tidspunkt overskygges denne effekt imidlertid af, at mange års ansættelse leder til nedslidning, hvorfor risikoen for at blive langvarigt sygemeldt begynder at øges med ancienniteten.

Af tabellen kan det ses, at hverken køn, etnisk baggrund, om lønmodtagerne har børn, eller samlivsstatus har betydning. I tabel 3.1 så vi, at kvinder oftere bliver langvarigt sygemeldt end mænd. Denne forskel forsvinder med andre ord, når der korrigeres for betydningen af andre forhold. Alder bevarer sin betydning i den multivariate analyse: jo ældre lønmodtagerne er, desto større er sandsynligheden for at blive langvarigt sygemeldt.

Ud af 11 virksomheds-karakteristika er der 3, som har betydning. Det gælder ejerforhold, branche og andel højere funktionærer på virksomheden. Lønmodtagere fra offentlige virksomheder bliver oftere langvarigt sygemeldt end lønmodtagere fra private virksomheder. Denne sammenhæng gælder således, selvom der er taget hensyn til, at lønmodtagere på offentlige virksomheder på nogle punkter adskiller sig fra lønmodtagere på private virksomheder. Som nævnt er det vanskeligt at fortolke, hvad denne forskel betyder. Det er fx muligt, at der er forskel på offentlige og private virksomheders økonomiske situation og deres personale- og sygefraværspolitik. Selvom der i analysen er taget hensyn til en række personforhold, kan der endvidere være uobserverede forskelle mellem lønmodtagere i offentlige og private virksomheder. Det kan betyde, at det ikke er et virksomhedskendetegn, som bevirker, at lønmodtagere i offentlige virksomheder forholdsvis ofte bliver langvarigt sygemeldt, men personforskelle mellem de ansatte i offentlige og private virksomheder.

Lønmodtagere fra virksomheder i den primære eller sekundære sektor, fx landbrug eller fremstilling, har væsentlig større sandsynlighed for at blive langvarigt sygemeldt, end lønmodtagere i andre brancher. Dette kan skyldes, at der er forskel på de sygemeldtes muligheder for hurtigt at vende tilbage i arbejde. Inden for fx landbrug eller fremstilling, hvor mange job er fysisk krævende, kan sygemeldinger trække ud, fordi mulighederne for at blive omplaceret er begrænsede, og fordi den sygemeldte ikke kan vende tilbage i samme stilling, før

den pågældende er helt rask. En anden mulighed er, at arbejdsmiljøet er mere nedslidende på virksomheder i den primære eller sekundære sektor end i andre brancher. Her er det værd at bemærke, at der i analysen er kontrolleret for en række forskelle mellem lønmodtagerne i forskellige brancher. Der er således kontrolleret for, at ansatte på virksomheder med et nedslidende arbejdsmiljø eventuelt har et dårligere helbred end lønmodtagere på virksomheder med et bedre arbejdsmiljø. Hvis brancheforskelle afspejler forskelle i, hvor meget virksomhedernes arbejdsmiljø nedslider de ansatte, er der med andre ord tale om en nedslidning ud over den, der allerede er korrigeret for.

Endelig viser analysen, at lønmodtagere i virksomheder med mange højere funktionærer, har mindre risiko for at blive langvarigt sygemeldt. Det kan tyde på, at virksomheder med en "videnstung" produktion gennemgående har en aktiv personale- og sygefraværspolitik, som medvirker til at begrænse sygefraværet. En anden mulig forklaring er, at arbejdsmiljøet på virksomheder med mange højere funktionærer er bedre og nedslidningen derfor mindre end på andre virksomheder. Ligesom med branche gælder, at en sådan arbejdsmiljøeffekt er ud over den effekt, der eventuelt allerede er taget hensyn til via korrektionen for personvariablenes betydning.

Som nævnt er det vanskeligt at fortolke betydningen af virksomheds-karakteristika, fordi de er indirekte mål for lønmodtagernes arbejdsmiljø og virksomhedernes sygefraværspolitik m.v. Herudover skal det bemærkes, at lønmodtagernes stilling ikke er med i analysen, fordi det for nogle lønmodtagere ikke har været muligt at tilkoble pålidelige oplysninger om stilling.<sup>6</sup> Det er derfor muligt, at betydningen af virksomhedsvariablen dækker over forskelle i lønmodtagernes stilling. For at belyse dette er der derfor gennemført en analyse, hvor stilling er med. Denne analyse ændrer imidlertid ikke på betydningen af virksomhedsvariablen.

---

6. For en mindre del af de sygemeldte lønmodtagere er oplysninger om stilling tilsyneladende ikke korrekte, idet de ikke står anført med en stilling som lønmodtager. Dette kan blandt andet hænge sammen med, at oplysninger om stilling drejer sig om året inden sygemeldingen. En del af de sygemeldte kan således have skiftet stilling kort tid inden sygemeldingens begyndelse.

Helbred og uddannelse spiller en væsentlig rolle. Sammenfattende tyder analysen på, at lønmodtagernes ressourcer har væsentlig betydning for, om lønmodtagere bliver langvarigt sygemeldt. Det gælder først og fremmest helbredsmæssige ressourcer, men også ressourcer i form af uddannelse. Samtidig tyder analysen på, at der i løbet af arbejdslivet sker en nedslidning, som forøger risikoen for at blive langvarigt sygemeldt. Dette understøttes af, at ældre oftere bliver langvarigt sygemeldt end yngre, og af at personer med tæt tilknytning til arbejdsmarkedet forholdsvis ofte bliver langvarigt sygemeldt. Endelig viser analysen, at virksomhedsforhold har en betydning. Det gælder ejerforhold, branche og andel højere funktionærer på virksomheden. Disse virksomheds-karakteristika kan afspejle flere forhold. Der er her peget på tre mulige forklaringer. For det første kan virksomhedsvariablerne afspejle, at arbejdsmiljøet er bedre på nogle end på andre virksomheder. For det andet kan der være forskel på virksomhedernes sygefraværspolitik. For det tredje er det muligt, at produktionsforholdene på nogle virksomheder giver bedre mulighed for, at sygemeldte kan vende hurtigt tilbage i arbejde end på andre virksomheder.

## Sygemeldt fra arbejde eller ledighed

For at belyse om personer, som er sygemeldt fra arbejdsløshedsdagpenge, adskiller sig fra sygemeldte lønmodtagere, er der gennemført en logistisk regressionsanalyse. Analysen omhandler de samme personkarakteristika, som analysen i forrige afsnit (procentfordelinger for personkarakteristika er vist i bilagstabel B3.3). Resultaterne af analysen fremgår af tabel 3.4. Hver variabels samlede betydning er angivet ud for variabelernes navn i den første søjle (hvor signifikansniveauet er angivet). Effekten af variabelen er angivet i højre søjle. Et “+” (“-”) angiver, at personer i den pågældende kategori med stor (lille) sandsynlighed optræder blandt de langvarigt sygemeldte, som kommer fra arbejdsløshedsdagpenge, sammenlignet med personer i den kategori, som er angivet med “•”. For eksempel betyder “-” tegnet ud for gifte/samlevende, at der er væsentligt færre gifte/samlevende blandt sygemeldte, som kommer fra arbejdsløshedsdagpenge end blandt sygemeldte lønmodtagere.

De personer, som er sygemeldt fra arbejdsløshedsdagpenge, har tilsvarende dårligere helbred end dem, der er sygemeldt som løn-

Tabel 3.4

Forskelle mellem langvarigt sygemeldte lønmodtagere og personer, som blev langvarigt sygemeldt fra arbejdsløshedsdagpenge. Logistisk regression (n=1.953).

Variable		Effekt
Antal kontakter til almenlæge**		+
Antal kontakter til speciallæge <sup>NS</sup>		0
Antal sengedage i forbindelse med sygdom <sup>NS</sup>		0
Højeste fuldførte uddannelse*	Ingen erhvervsuddannelse	•
	Erhvervsfaglig	0
	Videregående	-
Beskæftigelsesgrad***	0-24 pct.	•
	25-49 pct.	0
	50-74 pct.	-
	75-100 pct.	-
Køn <sup>NS</sup>	Mand	•
	Kvinde	0
Alder*	18-29 år	•
	30-39 år	0
	40-49 år	0
	50-67 år	+
Statsborgerskab <sup>NS</sup>	Dansk	•
	Andet	0
Samlivsstatus*	Enlig	•
	Gift/samlevende	-
Hjemmeboende børn <sup>NS</sup>	Nej	•
	Ja	0

Note: Analysen bygger på vægtede data (se bilag). Signifikansniveau for variable (første søjle): NS: ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001. "•" angiver referencekategori, "+" angiver, at personer i den pågældende kategori er overrepræsenteret blandt personer, som er langvarigt sygemeldte fra arbejdsløshedsdagpenge, "-" angiver, at personer i den pågældende kategori er underrepræsenteret blandt personer, som er langvarigt sygemeldte fra arbejdsløshedsdagpenge.

modtager. Der er således væsentlig flere af de sygemeldte ledige, som har mange kontakter til egen læge end blandt de sygemeldte lønmodtagere. Der er derimod ingen forskel på de to grupper af sygemeldte, når det drejer sig om antal kontakter til speciallæge og antal indlæggelsesdage på sygehus. For yderligere at belyse betydningen af helbred er der til analysen tilføjet tre variable fra undersøgelsens spørgeskemaoplysninger: om de sygemeldte tidligere har været sygemeldt i mindst 2 måneder, om de tidligere har været behandlet

for psykiske problemer, og om de tidligere har været ude i et misbrug af alkohol, stoffer eller lignende.<sup>7</sup> Disse variabler understøtter, at de sygemeldte ledige har dårligere helbred end de sygemeldte lønmodtagere. Personer som oplyser, at de tidligere har været behandlet for psykiske problemer og tidligere har været ude i et misbrug af alkohol, stoffer eller lignende, er således signifikant overrepræsenteret blandt de sygemeldte, som kommer fra arbejdsløshedsdagpenge.

Af tabel 3.4. ser man, at de sygemeldte fra ledighed mindre hyppigt har en videregående uddannelse end de sygemeldte lønmodtagere. Endvidere er de sygemeldte ledige oftere ældre, og de har oftere en lavere forudgående beskæftigelsesgrad end de sygemeldte lønmodtagere. Når det gælder køn, børn og statsborgerskab, er der ingen væsentlige forskelle mellem de to grupper.

Sygemeldte, der kommer fra ledighed, har færre ressourcer

Alt i alt tyder analysen på, at sygemeldte, der kommer fra ledighed, på flere punkter har færre ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet end sygemeldte, der var beskæftiget som lønmodtagere. Det gælder både helbred og faglige kvalifikationer i form af uddannelse. Hertil kommer, at de sygemeldte ledige har en svagere forudgående tilknytning til arbejdsmarkedet end de sygemeldte lønmodtagere. Det understøtter, at sygemeldte ledige har forholdsvis få ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet, som bevirker, at de har vanskeligt ved at opnå en fast arbejdsmarkedstilknytning. Som nævnt i forbindelse med sammenligningen af lønmodtagere og sygemeldte lønmodtagere er en tæt tilknytning til arbejdsmarkedet imidlertid ikke nødvendigvis kun en ressource, idet det også kan lede til en nedslidning.

Konklusion på begge analyser

Kapitlets to analyser synes klart at vise, at lønmodtagere, som ikke bliver langvarigt sygemeldt, har flere ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet end lønmodtagere, som bliver langtidssygemeldt.

---

7. Baggrunden for at disse variabler ikke er med i hovedanalysen i tabel 3.4. er, at der stort set er registeroplysninger om alle undersøgelsens sygemeldte, mens der er et vist bortfald i spørgeskemaundersøgelsen. Dette bortfald har en vis betydning, dels fordi der er et forholdsvis stort bortfald blandt de sygemeldte ledige, dels fordi denne gruppe i forvejen udgør en beskeden andel af undersøgelsens population.

De langtidssygemeldte lønmodtagere har til gengæld flere ressourcer end langtidssygemeldte, som kommer fra arbejdsløshed.

Sammenligningen af lønmodtagere og sygemeldte lønmodtagere tyder således på, at sygemeldte lønmodtagere har væsentlig dårligere helbred end lønmodtagere generelt. Denne konklusion understøttes både af betydningen af analysens helbredsindikatorer og af, at sandsynligheden for at blive langvarigt sygemeldt øges med alderen. Ældres helbredstilstand er således normalt dårligere end yngre personers helbredstilstand. De sygemeldte lønmodtagere er også gennemgående dårligere stillet med hensyn til uddannelsesmæssige ressourcer end lønmodtagere.

Sammenligningen af sygemeldte, der kommer fra arbejdsløshedsgodtgørelse, og sygemeldte lønmodtagere giver i store træk tilsvarende resultater – men med den forskel, at de sygemeldte lønmodtagere nu er den ressourcestærke gruppe. De sygemeldte lønmodtagere har således tilsyneladende markant bedre helbred og flere uddannelsesmæssige ressourcer end sygemeldte fra ledighed.

En væsentlig tilføjelse til denne ret entydige tendens er, at lønmodtagere med en langvarig og tæt tilknytning til arbejdsmarkedet – hvilket tyder på, at de har mange ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet – ofte bliver langvarigt sygemeldt. Det kan afspejle, at en tæt tilknytning til arbejdsmarkedet medfører en nedslidning, som øger sandsynligheden for at blive sygemeldt. Der synes med andre ord, at være en bagside forbundet med at være en stabil kernearbejdskraft.

Endelig viser analyserne, at virksomhedsforhold har en betydning for, om lønmodtagere bliver langvarigt sygemeldt. Lønmodtagere fra virksomheder i den primære og sekundære sektor og lønmodtagere fra offentligt ejede virksomheder har således stor risiko for at blive langvarigt sygemeldt, mens lønmodtagere fra virksomheder med mange funktionærer har en forholdsvis lille risiko. Disse virksomheds-karakteristika kan blandt andet afspejle, at arbejdsmiljøet er bedre på nogle end på andre virksomheder, og at der er forskel på virksomhedernes sygefraværspolitik. Herudover kan forskellene hænge sammen med, at produktionsforholdene på nogle virksomheder giver bedre mulighed for, at sygemeldte kan vende hurtigt tilbage i arbejde end på andre virksomheder.

# KONTAKT TIL SUNDHEDSVÆSENET OG VENTETIDER

Den behandling, langvarigt sygemeldte modtager i sundhedssystemet, kan medvirke til, at de sygemeldte kommer i arbejde igen. Enten fordi behandlingen kan kurere deres helbredsproblemer, eller fordi behandling fx i form af genoptræning forbedrer deres funktionsevne. Dette kapitel belyser de sygemeldtes kontakt med egen læge, speciallæge og fysioterapeut samt indlæggelse på sygehus. Endvidere ser vi på, hvor lang tid de sygemeldte alt i alt har ventet på behandling og undersøgelse i sundhedssystemet. I den forbindelse diskuteres det, hvorvidt lange ventetider er medvirkende til, at visse sygedagpengesager bliver lange.

I det følgende skelner vi mellem hvor stor en andel af en gruppe, der har haft kontakt til en del af sundhedssystemet – og hvor mange kontakter de sygemeldte i gennemsnit har haft til sundhedssystemet.

Diagnosen påvirker kontakten til sundhedsvæsenet  
En stor andel af de sygemeldte har haft kontakt til egen læge.<sup>1</sup> Specielt personer med psykiske lidelser har i meget høj grad haft kontakt til egen læge, se tabel 4.1. Det skyldes formentlig, at behandling af psykiske lidelser, på nær akutte tilfælde, kræver henvisning

---

1. Det er ikke muligt at skelne mellem kontakter hvor formålet er en udredning af sygdommen, dvs. en afklaring af diagnosen, og egentlig behandling.

Tabel 4.1

Kontakt til læge, speciallæge, sygehus og fysioterapeut, opdelt på sygdomsdiagnosen. I procent.

	Diagnose					Antal
	Psykisk	Bevæge- apparat	Anden	Ved ikke	I alt	
Andel som har været hos egen læge***	94	88	81	80	86	1.363
Gennemsnitligt kontakttantal***	6,7	5,2	4,6	4,9	5,3	1.199
Andel som har været hos speciallæge***	64	73	53	68	65	1.022
Gennemsnitligt kontakttantal***	8,9	5,2	5,2	6,2	5,9	938
Andel som har været indlagt på sygehus***	24	42	72	53	49	776
Gennemsnitligt kontakttantal	2,1	1,5	1,8	1,7	1,7	774
Andel som har været hos fysioterapeut***	9	68	24	52	42	661
Gennemsnitligt kontakttantal*	14,5	16,6	13,0	17,4	16,0	581

Anm.: Det er testet ved et  $\chi^2$ -test om andelen opdelt på diagnose afviger signifikant, NS: Ikke signifikant, \* $<0,05$ , \*\* $<0,01$ , \*\*\* $<0,001$ . Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag. Det gennemsnitlige kontakttantal er beregnet blandt de personer, som har besvaret spørgsmålet

fra egen læge, samt at behandlingen for visse typer af problemer kan varetages af almindelige praktiserende læger.

Som forventet er der sammenhæng mellem diagnosen og hvilken del af sundhedssystemet, den sygemeldte har kontakt til. Sygemeldte med bevægeapparatsygdomme, dvs. sygdom i knogler, led, muskler og gigtsygdomme, har oftere end andre haft kontakt til speciallæge, se tabel 4.1. Derimod har sygemeldte med psykiske lidelser haft det største antal kontakter til speciallæge. Sygemeldte med diagnosen 'anden' har ofte været indlagt på sygehus. En ottendedel i denne kategori har angivet, at sygdomsdiagnosen skyldtes blodprop eller andre hjerte- eller hjerneproblemer. Hvad indlæggelsen(erne) i de øvrige tilfælde skyldes, er ikke oplyst. Forholdsvis mange, to tredjedele, af de sygemeldte med diagnosen bevægeapparat, har været hos fysioterapeut.

Langt fravær kræver mere behandling

Sygemeldte med et fravær længere end et år har tilsyneladende haft mere komplicerede sygdomsforløb, som oftere kræver undersøgelse/behandling, oftere kræver et større antal kontakter og oftere flere forskellige



Tabel 4.2.a

Kontakt til egen læge, speciallæge, sygehus og fysioterapeut, opdelt på sygedagpengeperiodens varighed. I procent.

	Diagnose				Antal
	9-26 uger	27-52 uger	Mere end 1 år	I alt	
Andel som har været hos egen læge <sup>NS</sup>	86	87	87	86	1.363
Gennemsnitligt kontaktantal***	4,1	5,8	9,3	5,3	
Andel som har været hos speciallæge***	60	65	81	65	1.022
Gennemsnitligt kontaktantal***	5,4	5,8	7,8	5,9	
Andel som har været indlagt på sygehus***	47	47	58	49	776
Gennemsnitligt kontaktantal***	1,5	1,9	2,1	1,7	
Andel som har været hos fysioterapeut***	36	49	55	42	661
Gennemsnitligt kontaktantal***	14,4	16,5	19,0	16,0	

Anm.: Det er testet ved et  $\chi^2$ -test om andelen opdelt på varighed afviger signifikant, NS: Ikke signifikant, \* $<0,05$ , \*\* $<0,01$ , \*\*\* $<0,001$ . Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag. Det gennemsnitlige kontaktantal er beregnet blandt de personer, som har haft en kontakt.

kontaktformer, se tabel 4.2.a og 4.2.b. Det gennemsnitlige antal kontakter til egen læge stiger med sygedagpengeperiodens varighed. De, der har været sygemeldte i mere end et år, har dobbelt så mange kontakter, som de, der har været sygemeldte i under et halvt år.

I alt har 65 procent af de sygemeldte haft kontakt til speciallæge, og halvdelen har været indlagt på sygehus. I alt 99 procent har modtaget en af de 4 behandlingsformer. Andelen, som, udover kontakt til egen læge, har haft kontakt til speciallæge og/eller fysioterapeut og/eller været indlagt på sygehus, er 89 procent. Hovedparten af de sygemeldte har således været underlagt den mere specialiserede sygdomsbehandling, som varetages af speciallæger, fysioterapeuter og sygehuse.

Sygemeldte med et fravær længere end et år er oftere hos speciallæge eller fysioterapeut, mens andelen, som har været indlagt på sygehus, kun er lidt højere end andelen blandt de resterende sygemeldte, se tabel 4.2.a. Ligeledes er det gennemsnitlige kontaktantal forholdsvis stort for de sygemeldte med en varighed på over et år.

Tabel 4.2.b

Antal undersøgelses-/behandlingsformer ud over egen læge, dvs. kontakt til speciallæge, sygehus og fysioterapeut, opdelt på sygedagpengeperiodens varighed. I procent.

Sygedagpengeperiodens varighed				
Antal undersøgelses-/behandlingsformer	9-26 uger	27-52 uger	1 år +	I alt
0	13	10	4	11
1	42	34	26	37
2	35	40	40	37
3	10	16	30	15
I alt	100	100	100	100
Antal	994	309	278	1581

Anm.: Det er testet ved et  $\chi^2$ -test at andelen opdelt på varighed afviger signifikant. Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Sygemeldte med et fravær længere end et år har således tilsyneladende haft mere komplicerede sygdomsforløb, som oftere kræver undersøgelse/behandling, oftere kræver et større antal kontakter og oftere flere forskellige undersøgelses-/behandlingsformer. 70 procent af de sygemeldte med et fravær længere end et år har udover kontakt til egen læge haft to eller flere forskellige kontakter. Den tilsvarende andel for de sygemeldte, med et fravær under et halvt år, er 45 procent.

De fleste oplever ikke lange ventetider i sundhedssystemet

I lyset af de stigende udgifter til sygedagpenge op gennem 1990'erne har der fra flere sider været peget på, at lange ventetider på undersøgelser og behandlinger i sundhedssystemet er medvirkende til, at visse sygedagpengesager bliver lange. Nærværende undersøgelse viser, at af alle sygedagpengemodtagere modtager 11 procent ikke behandling/bliver undersøgt,<sup>2</sup> i alt 63 procent venter under 4 uger

2. Udover kontakt til egen læge.

på undersøgelse/behandling i sundhedssystemet,<sup>3</sup> mens 10 procent venter i alt mere end 3 måneder, se tabel 4.3. Det er således en forholdsvis lille gruppe, som oplever meget lange ventetider og trækker den gennemsnitlige ventetid op. Medtages de, som ikke har været i nogen form for behandling, har knap 3 ud af 4 således samlet ventet under 4 uger på behandling i sundhedssystemet.

Omkring 40 procent af de sygemeldte med en varighed på under et år har ikke ventet på undersøgelse/behandling, og omkring en fjerdedel har oplevet en ventetid på under 4 uger. Blandt alle sygemeldte med en fraværperiode på under et år har en ret stor andel, lidt mere end 3 ud af 4, således oplevet en ventetid på sundhedssystemets ydelser på under 4 uger. Lidt anderledes ser det ud for de sygemeldte med en varighed på over et år, idet 36 procent ikke har ventet, og lidt under en fjerdedel har ventet 1-4 uger. Samlet har 64 procent af de sygemeldte med en varighed på over et år ventet under 4 uger på undersøgelse/behandling i sundhedssystemet.

Betragtes de lange ventetider, har 7-8 procent af de sygemeldte med en varighed på under et år oplevet ventetid på 13 uger eller mere, mens 17 procent af de sygemeldte med en varighed på over et år har ventet i 13 uger eller mere. Der er således ingen tvivl om, at en større andel af de langvarigt sygemeldte oplever en længere ventetid på undersøgelse/behandling i sundhedssystemet. Gennemsnittet for den samlede ventetid er 7,6 uger for de langvarigt sygemeldte, og 4,3 henholdsvis 3,6 uger for sygemeldte med en varighed på 9-26 uger henholdsvis 27-52 uger, se tabel 4.4.

Det er således en forholdsvis lille gruppe, som oplever de meget lange ventetider, i alt 10 procent af de sygemeldte venter samlet mere end 3 måneder på undersøgelse/behandling hos speciallæge og fysioterapeut samt indlæggelse på sygehus, og af disse har 88 procent modtaget mere end én behandlingsform.

---

3. Som med kontakter til speciallæge mv. er det ikke muligt at skelne mellem ventetider til egentlig behandling og ventetider til undersøgelser med henblik på en afklaring af diagnose

**Tabel 4.3**

Samlet ventetid for undersøgelse/behandling, opdelt på varigheden af sygedagpengeperioden. I procent.

Samlet ventetid for undersøgelse/behandling	Varighed af sygedagpengeperioden			I alt
	9-26 uger	27-52 uger	1 år +	
Har ikke været til behandling	13	10	5	11
Ingen ventetid	40	39	36	39
1-4 uger	24	26	23	24
5-12 uger	14	17	20	16
13-26 uger	6	6	10	6
27 + uger	4	1	7	4
I alt	100	100	100	100
Antal	994	309	278	1.581

Anm.: Kolonne-forskellene er signifikante ved et  $\chi^2$ -test på 5 procents niveau. Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

**Tabel 4.4**

Gennemsnitlig samlet ventetid for undersøgelse/behandling, samt samlet ventetids procentvise andel af varigheden af sygedagpengeperioden.

Varighed af sygedagpenge-perioden	Gennemsnitlig samlet ventetid for undersøgelse/behandling, uger	Standard afvigelse	Samlet ventetids andel af den samlede varighed af sygedagpenge-perioden	Antal
9-26 uger	4,3	0,3	30	994
27-52 uger	3,6	0,4	10	309
1 år +	7,6	0,8	9	278
Alle	4,7	0,2	15	1.581

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Tabel 4.5

Samlet ventetid for undersøgelse/behandling hos speciallæge, opdelt på varigheden af sygedagpengeperioden. I procent.

Ventetid for undersøgelse/behandling hos speciallæge	Varighed af sygedagpengeperioden			
	9-26 uger	27-52 uger	1 år +	I alt
Har ikke været til undersøgelse/behandling	40	35	19	35
Ingen ventetid	27	28	33	28
1-4 uger	21	23	22	22
5-12 uger	9	11	16	11
13-26 uger	3	1	8	3
27 + uger	1	1	2	1
I alt	100	100	100	100
Antal	994	309	278	1.581

Anm.: Kolonne-forskellene er signifikante ved et  $\chi^2$ -test på 5 procents niveau. Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Tabel 4.6

Gennemsnitlig samlet ventetid for undersøgelse/behandling hos speciallæge, samt samlet ventetids procentvis andel af varigheden af sygedagpengeperioden.

Varighed af sygedagpengeperioden	Gennemsnitlig samlet ventetid for undersøgelse/behandling, uger	Standard afvigelse	Samlet ventetids andel af den samlede varighed af sygedagpengeperioden	Antal
9-26 uger	2,1	0,2	15	994
27-52 uger	2,0	0,3	5	309
1 år +	4,7	0,5	5	278
Alle	2,5	0,2	8	1.581

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

**Tabel 4.7**

Samlet ventetid for undersøgelse/behandling på sygehus, opdelt på varigheden af sygedagpengeperioden. I procent.

Ventetid for undersøgelse/behandling på sygehus	Varighed af sygedagpengeperioden			I alt
	9-26 uger	27-52 uger	1 år +	
Har ikke været til undersøgelse/behandling	53	53	42	51
Ingen ventetid	29	30	39	31
1-4 uger	7	9	7	7
5-12 uger	6	5	7	6
13-26 uger	3	3	3	3
27 + uger	1	0	3	1
I alt	100	100	100	100
Antal	994	309	278	1.581

Anm.: Kolonne-forskellene er ikke signifikante ved et  $\chi^2$ -test på 5 procents niveau. Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

**Tabel 4.8**

Gennemsnitlig samlet ventetid for undersøgelse/behandling på sygehus, samt samlet ventetids procentvise andel af varigheden af sygedagpengeperioden.

Varighed af sygedagpengeperioden	Gennemsnitlig ventetid for undersøgelse/behandling på sygehus, uger	Standard afvigelse	Samlet ventetids andel af den samlede varighed af sygedagpengeperioden	Antal
9-26 uger	1,9	0,2	13	994
27-52 uger	1,3	0,2	3	309
1 år +	2,6	0,5	3	278
Alle	1,9	0,2	6	1.581

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Kontakt til speciallæge og indlæggelse på sygehus er de behandlingsformer, der er længst ventetid på. Tabel 4.5-4.8 viser samlet ventetid, gennemsnitlig samlet ventetid samt ventetidens andel af sygefraværperioden, opdelt på undersøgelse/behandling hos speciallæge og på sygehus. Omkring én ud af fire venter ikke på undersøgelse/behandling hos speciallæge, og lidt flere, knap en tredjedel, venter ikke på undersøgelse/behandling på sygehus. I alt 85 procent venter under 4 uger på undersøgelse/behandling hos speciallæge, og 89 procent venter under 4 uger på undersøgelse/behandling på sygehus.

Der er ikke meget forskel på, hvor længe de sygemeldte i gennemsnit venter på undersøgelse/behandling hos speciallæge og på sygehus. Den samlede gennemsnitlige ventetid er 2,5 uger for undersøgelse/behandling hos speciallæge og 1,9 uger for indlæggelse på sygehus. Opdelt på varigheden af sygedagpengeperioden, er der ligeledes ikke meget forskel på, hvor længe de sygemeldte i gennemsnit venter på undersøgelse/behandling på sygehus. Derimod er der forskel på, hvor længe der i gennemsnit ventes på undersøgelse/behandling hos speciallæge, opdelt på varighed af sygefraværperioden. Omkring én ud af fire af de sygemeldte med en fraværperiode på mere end et år venter mere end 3 måneder på undersøgelse/behandling hos speciallæge, i gennemsnit venter de 4,7 uger. Speciallæge er således den behandlingsform, som giver den længste gennemsnitlige ventetid for de sygemeldte med et fravær på mere end et år.

Behandling hos fysioterapeut er ikke forbundet med meget ventetid. Hovedparten af de sygemeldte, uanset længden af fraværet, oplever ingen ventetid, og den gennemsnitlige ventetid er på under en uge.

Det kan således konkluderes, at den gennemsnitlige ventetid for undersøgelse/behandling hos speciallæge og på sygehus er nogenlunde den samme, men at ventetiden hos speciallæge er skævt fordelt. De langvarigt syge venter længere hos speciallæger end sygemeldte med en fraværperiode på under et år.

Det er ikke på baggrund af disse data muligt at vurdere, hvorvidt lang ventetid giver anledning til langvarigt sygefravær. For det første er de angivne ventetider den samlede ventetid på undersøgelse/behandling, uanset om det drejer sig om én eller flere kontakter.

De langvarigt sygemeldte har tilsyneladende haft mere komplicerede sygdomsforløb, som kræver dels et større antal kontakter, dels flere forskellige kontaktformer. Man må formode, at ventetid primært optræder første gang, man tager kontakt til fx en speciallæge. Det kan ikke udelukkes, at de sygemeldte og specielt de langvarigt sygemeldte har haft kontakt til mere end én speciallæge.<sup>4</sup> For det andet er andelen af den tid, som den samlede ventetid på undersøgelse/behandling udgør af det samlede sygefravær, langt højere for de kortvarigt sygemeldte end for de langvarigt sygemeldte. Den samlede ventetid på undersøgelse/behandling for sygemeldte med et fravær på under et halvt år svarer til 30 procent af det samlede sygefravær, mens den 'kun' udgør 9-10 procent for de sygemeldte med et fravær på mere end et halvt år, se tabel 4.4.

Derimod viser en anden undersøgelse, at lang ventetid til undersøgelse/behandling i sundhedssystemet generelt ikke giver anledning til et længerevarende sygefravær. I Lubanski (2001) klarlægges således dels de væsentligste årsager til, at visse sygedagpengesager varer ud over 52 uger, og dels ventetidernes betydning for den samlede længde af sagsbehandlingen. Undersøgelsens datagrundlag er 972 sygedagpengesager i 6 kommuner i Frederiksborg amt. Undersøgelsen viser, at kun de færreste sygedagpengesager, der har været over 52 uger, direkte kan forbindes med ventetider til sundhedsvæsenet. Den væsentligste årsag til, at nogle sager bliver lange, er lidelsens art. Sygemeldte med ortopædiske lidelser (ryg, knæ, hofter osv.), kræftsyge og psykisk syge, kan ikke altid afsluttes hurtigt. Lange behandlings- og udredningsforløb samt tid til at rekreere sig er oftest nødvendigt i den slags sager, før en afklaring er mulig. Undersøgelsen viser således, at ventetider til sundhedsvæsenets ydelser kun er en direkte årsag til sagsforlængelser i et mindre antal sygedagpengesager. På baggrund af nærværende undersøgelse kan det således konkluderes, at de fleste sygemeldte ikke oplever lange ventetider til sundhedsvæsenets ydelser. Desuden viser Lubanski (2001), at lange ventetider kun i få tilfælde er en direkte årsag til forlængelse af sygedagpengesager. Det udelukker dog ikke, at sagsbehandlere og de

---

4. Det er i datamaterialet desværre ikke muligt at skelne mellem førstegangskontakter og opfølgingskontakter.



berørte sygemeldte oplever ventetider til sundhedssystemet som et problem.<sup>5</sup> Da størstedelen af sagerne er relativt kortvarige og ofte ender med en raskmelding,<sup>6</sup> uden at kommunen har været involveret i væsentligt omfang, sidder kommunens sagsbehandlere tilbage med de tunge sager, som kræver en ekstra indsats. I disse sager vil enhver form for ventetid, kort som lang, givetvis opleves som en barriere og fylde meget i sagsbehandlerens bevidsthed. Desuden kan ventetider til forundersøgelser opleves som mere belastende end ventetider til behandling. Kommunen kan ikke påbegynde opfølgingsarbejdet, før det er afklaret, hvad den sygemeldte fejler, og hvilke behandlingsformer vedkommende skal igennem.<sup>7</sup> Og for den sygemeldte kan ventetid i uvished om både diagnose og sygemeldingens varighed, være meget belastende.

---

5. Se fx Lubanski (2001), KAD og SiD (2003) og Den Sociale Ankestyrelse (2000).

6. Se kapitel 6 for en beskrivelse af kommunens opfølgingsindsats.

7. I Lubanski (2001) vurderes det, at det at ventetider på forundersøgelser, scanninger og røntgen, som er de mest problematiske i forhold til sagsbehandlingstiden. For disse tre former for forforløb, kan ventetiden med fordel nedsættes.



# KOMMUNERNES ORGANISERING AF SYGEDAGPENGEINDSATSEN

For socialforvaltningen i kommunerne er formålet med indsatsen i sygedagpengesager at give den sygdomsramte klient den helt rigtige sagsbehandling, så sagen får en god udgang for klienten. Det har de indrettet deres socialforvaltning efter. Kommunernes organisering af sygedagpengeindsatsen er således normalt et udtryk for, hvordan de mener, de med de givne ressourcer bedst muligt kan løse klientens situation. Det er derfor interessant at se på, hvordan de organiserer sig.

Steen Bengtsson er en af de forskere, der har set på kommuners organisation. Det sker i hans rapport 'Bestemmer forvaltningen, om du får førtidspension?' (2002). Her går han ud fra, at forvaltningerne enten er bureaukratiske eller dynamiske og kommer frem til, at bureaukratiske forvaltninger tildeler flere førtidspensioner end dynamiske. En lignende tankegang vil blive benyttet i dette kapitel til at beskrive praksis i sygedagpengeafsnittet, men med en lidt anden sprogbrug. Vi vil tale om en regelorienteret frem for bureaukratisk, en skønorienteret frem for dynamisk, samt en ekspertorienteret og en samarbejdsorienteret administration, fordi det mere præcist giver et billede af, hvad forvaltningerne handler efter. Disse orienteringer er stadig udtryk for bureaukratiske eller dynamiske træk i organisation, og ud fra dem vil der i et afsluttende afsnit blive udført en analyse, som munder ud i en karakteristik af forvaltningerne som enten gennemgående bureaukratiske, dynamiske eller en blanding af de to former.

52 kommuner er blevet spurgt

Kapitlet bygger på et spørgeskema udsendt til undersøgelsens 52 kommuner. I det har de besvaret en række spørgsmål om deres arbejde i sygedagpengeafsnittet og deres samarbejde med virksomhederne, som er involveret i sygedagpengesager. 49 ud af de 52 kommuner har besvaret skemaet. I København er det ikke kommunen men de lokale centre, som har besvaret det. I alt 13 af de 14 centre har besvaret skemaet. De deltagende kommuner vægtes for at give et samlet billede for de 235 kommuner i undersøgelsespopulationen. Det er sket ud fra en størrelsesinddeling, sådan at kommunerne er opdelt efter antal indbyggere. Et antal i hvert størrelsesstratum er blevet udvalgt, og som repræsentanter for dette stratum er deres svar blevet vægtet, så de i analyserne kommer til at tælle for samtlige kommuner i Danmark med den samme størrelse. Som en storby med sine egne særegne karakteristika er København blevet behandlet som et selvstændigt stratum med en vægt på en, så de enkelte centre vægtes kun med 1/13. Derved 'summer' de til 1, som er den vægt København indgår med i analyserne. I teksten omtales centre i København dog kun, når deres praksis adskiller sig væsentligt fra andres kommuners praksis.

Beskrivelsen af det administrative sagsarbejde internt i sygedagpengeafsnittet sker gennem forløbet af en sygedagpengesag. Først vil praksis i forvaltningerne ved modtagelsen af ny sag blive beskrevet. Herefter følger en beskrivelse af opfølgningen på sagen, kontrollen med sagsforløbet samt brugen undervejs af professionelle eksperter som læger og retseksperter. Herefter beskrives samarbejdet med praktiserende læger og virksomheder, og der vil blive set på, hvordan dette samarbejde udmønter sig. Den samlede beskrivelse vil i det afsluttende afsnit danne baggrund for analysen af den valgte organisationsform i kommunens sygedagpengeafsnit.

## Opstarten af en sygedagpengesag

En sygedagpengesag starter, når den anmeldes til kommunen. Herefter skal den videre til en socialarbejder, som skal behandle sagen. Det sker normalt på to forskellige måder - en regel- eller en skønorienteret måde. Som et første eksempel på den regelorienteret måde er, at hver socialarbejder tager sig af personer med bestemte personnumre. Hver gang der kommer en ny anmodning med et

af disse numre, går sagen til socialarbejderen, som er ansvarlig for disse personnumre. Reglen kan også være, at anmodningen går til den første ledige socialarbejder, som tager sagerne i den rækkefølge, de er kommet til forvaltningen. Endelig kan den sagsbehandler, der har færrest sager, tage sig af de nyankomne sager. Er der flere nye sager på samme tid, behandles de i den rækkefølge, de er kommet. Med den skønorienterede fremgangsmåde gøres det efter en individuel, situationsbetinget vurdering, fx efter om der er brug for særlig opfølgning, eller om personerne er alvorligt psykisk syge. I disse forvaltninger vil sagerne gå til socialarbejdere med ekspertise i disse problemer, fordi de som eksperter bedst kan løse sagen. Af vores survey fremgår det, at kommunerne overvejende arbejder regelorienteret, idet lidt over 70 pct. af forvaltningerne siger, at de benytter en regel til at fordele sagerne.

De fleste henter oplysninger efter skønnet behov. Til gengæld er det skønsprincipet, der råder, når det skal bestemmes, om der skal indhentes oplysninger ud over dem, der står i dagpengeanmodningen. Lidt over 70 pct. af kommunerne siger, at de indhenter oplysninger efter et skønnet behov. Disse kommuner og centre er yderligere blevet spurgt om, hvem der foretager denne vurdering. I 85 pct. af sagerne er det den enkelte sagsbehandler, som foretager vurderingen, mens det i 10 pct. af tilfældene enten foregår på et møde mellem udvalgte medarbejdere eller mellem alle sagsbehandlere. Medarbejdermødet er udtryk for en skønorientering, mens afgørelse af sagsbehandleren i højere grad må ses som regelstyret, fordi der på den måde sikres enkelthed. Dog tyder det på, at sagsbehandleren har lov til at anvende et skøn, når han beslutter, om der skal indhentes ekstra informationer om den sygemeldte.

I tabel 5.1 er angivet forvaltningens fremgangsmåder, når den indhenter information ud over den, der står i dagpengeanmodningen. Med hensyn til de første fire punkter er det ensbetydende med regelorientering, når kommunerne altid benytter den fremgangsmåde, mens det er udtryk for en skønorientering, når de ofte eller en gang imellem anvender fremgangsmåden til at indsamle information. Det sidste punkt står for en ekspertorientering. Som det fremgår af tabellen, benyttes de fire første fremgangsmåder i forskelligt omfang af kommunerne. 29 procent af kommunerne beder altid klienten om at indsende lægeerklæring, mens de andre ofte eller af og

Tabel 5.1

Forvaltningens fremgangsmåder ved indhentning af oplysninger i en ny sygedagpengesag. Procent. (n=)

Fremgangsmåder	Indhentning af oplysninger					Antal ubesvaret <sup>1</sup>
	Altid	Ofte	Af og til	Aldrig	I alt	
Klient udfylder spørgeskema	15	27	14	44	100	0
Klient kontaktes telefonisk af socialforvaltningen	5	49	32	14	100	0
Klient deltager i møde i forvaltningen	13	45	23	19	100	1
Klient skal tilsende lægeerklæring	29	52	8	11	100	0
Klients praktiserende læge, speciallæge eller sygehus kontaktes af socialforvaltningen	14	58	18	10	100	0

Anm: Tabellen bygger på vægtede data, se beskrivelsen i begyndelse af kapitlet.

1. Antal ubesvaret er ud af procentgrundlaget på 62.

til skønner, om det er nødvendigt at bede om en lægeerklæring. 13 procent af kommunerne indkalder som fast procedure sygemeldte til et møde i forvaltningen, mens kun 5 procent tager telefonisk kontakt til klienten. 15 procent beder klienten om at udfylde et spørgeskema. Kun få handler således regelrettet; størstedelen beror sig på et skøn. Hovedparten af kommunerne trækker også på eksperter som læge, sygehus eller speciallæge, og det er lige meget, om det er en stor eller lille kommune, jf. bilagstabel 5.1. 23 pct. af kommunerne siger, at de sjældent eller aldrig bruger eksperter. Selv om kommunerne er skønorienteret, er de i stort omfang også ekspertorienteret, når de ønsker at bruge ekstra information om den syge klient.

### Mange benytter visitationskategorier

Som et opsummerende redskab i den indledende fase i sygedagpengesagen kan forvaltningen benytte sig af nogle visitationskategorier til brug for det videre arbejde med klienten. Det gøres for at skelne mellem komplicerede sager, der kræver en særlig indsats af socialfaglig medarbejdere, og sager, der ikke kræver en særlig socialfaglig indsats og som derfor behandles af det administrative personale. Hele 84 pct. af kommunerne og lige over halvdelen af socialcentre i København benytter sig af visitationskategorier. Af tabel 5.2 fremgår det, i hvilke omfang de enkelte visitationskategorier bruges. Langt de fleste bruger de regelfaste kategorier som en glat sag uden behov for ekstraordinær indsats, fx en brækket arm, og en sag med behov for afklaring til pension; mens noget færre bruger kategorierne psykisk

Tabel 5.2

Anvendelsen af visitationskategorier i forbindelse med nye dagpengesager.  
 Procent(n=62)

Fremgangsmåder	Andvendelse			Antal ubesvaret <sup>1</sup>
	Ja	Nej	I alt	
En glat sag – ikke behov for ekstraordinær indsats	86	14	100	13
En uglat sag – behov for ekstraordinær indsats	92	8	100	13
Sag med psykisk diagnose	72	28	100	13
Sag med behov for arbejdsfastholdelse	86	14	100	13
Sag med behov for revalidering	82	18	100	13
Sag med behov for afklaring til pension	97	3	100	13
Sag med et tidligere stort sygefravær hos klienten	83	17	100	13

Anm: Tabellen bygger på vægtede data, se beskrivelsen i begyndelse af kapitlet.

1. Antal ubesvaret er ud af procentgrundlaget på 62.

diagnose og revalidering. Hovedindtrykket er derfor, at størstedelen af forvaltningerne anvender visitationskategorier, men at de forskellige kategorier anvendes i forskelligt omfang blandt kommunerne.

Størsteparten af forvaltningerne angiver, at de har ændret visitationspraksis inden for de sidste tre år; nogle har gjort det mere end andre. De ændringer, de har foretaget, kan grupperes inden for nogle hovedkategorier, som nogenlunde svarer til ovenstående beskrivelse af deres måde at arbejde på. Den typiske ændring er ny visitationspraksis, hvilket er sket på forskellige måder. Som vigtige eksempler kan nævnes overgang fra personnummer til vurdering efter skøn, herunder oprettelse af team som beslutningsorgan; indførelse af visitationsreglen glat og ikke-glat sag; og hurtigere visitationsindsats. Andre har ændret praksis med hensyn til at indhente og videregive oplysninger. Nogle sygedagpengeafsnit er begyndt at benytte spørgeskemaer over for meget syge personer, og et enkelt afsnit er begyndt at skrive til alle de sygemeldte og afholde samtaler med dem. Af andre ændringer kan endelig nævnes, at nogle afsnit har omstruktureret sig ved at opdele det administrative arbejde og sagsorienterede arbejde, så det ligger i hver sin enhed.

## Opfølgning på sagen

Sygedagpengeafsnittet er efter sygedagpengeloven forpligtet til at følge op på en sygedagpengesag hver 8. uge for at sikre, at sygemeldte bevarer sin tilknytning til arbejdsmarkedet. Den sygdomsramtes forhold skal her 'tages op til vurdering med henblik på, om der er behov for behandling, optræning, revalidering eller andre former for bistand, til den pågældende eller dennes familie' (Sygedagpengeloven, §24, 2003). Kommunerne skal lave opfølgningen som en personlig samtale, når der er fare for, at sygemeldte mister tilknytningen til arbejdsmarkedet. Er de sygdomsramte ikke særlig syge og har udsigt til at komme i arbejde igen uden hjælp, kan de nøjes med et brev. Er sygdomsramte meget alvorligt sygt, kan det også klares på samme måde, eventuel med brug af 3. person som personens egen læge, en hospitalslæge eller socialrådgiver på hospitalet. Valget af fremgangsmåde er med andre ord til for at sikre en opfølgning, så den involverede socialarbejder hele tiden er fuldt opdateret med de seneste oplysninger om klienten, så der kan tages højde for det i det videre arbejde med sagen, ligesom det skal bidrage til, at sagsbehandlere bruger deres ressourcer bedst set i lyset af, hvordan sygemeldtes situation er.

Hver anden kommune skønner behovet for opfølgende information

Det er op til sygedagpengeafsnittene selv at bestemme efter hvilke retningslinier, de indhenter information under opfølgningen. De kan handle regelorienteret med brug af spørgeskema og checkliste med det formål at indhente samme oplysninger, så de får samme beslutningsgrundlag i alle sager og kan give dagpengemodtagerne ensartet sagsbehandling. I 36 pct. af sygeafsnittene tager de udgangspunkt i et spørgeskema, mens de resterende 64 pct. siger, at de ikke gør det. 19 pct. af dem benytter checkliste, mens 81 pct. svarer nej til det spørgsmål. Ca. halvdelen af disse 19 pct. svarede nej til spørgsmålet om spørgeskemaet, og lægges disse knap 10 pct. til de 36 pct. svarer det til, at lige under halvdelen af kommunerne forsøger at indhente oplysninger i alle sager med brug af spørgeskema eller checkliste. De er regelrettet i deres handle måde. Den anden halvdel indsamler tilsyneladende oplysninger efter skønnet behov og prøver dermed at tilpasse indsamlingen af informationen til den enkelte sygemeldtes situation.



## Over halvdelen har retningslinier for en opfølgingsplan

Som et led i opfølgningen skal kommunerne udarbejde en opfølgingsplan, så sygdomsrets situation bliver afklaret med henblik på at blive på arbejdsmarkedet. Planen skal blandt andet omfatte en beskrivelse af sygdomsårsag, behandling, begrænsning i erhvervsevne og en plan for det videre forløb. For eksempel kan planen gå ud på at iværksætte nogle afklarende aktiviteter med henblik på efterfølgende revalidering, samtidig med at der løbende afholdes opfølgingsmøder for at vurdere forløbet. Der skal som udgangspunkt udarbejdes en plan, når det skønnes nødvendigt for at bringe den sygemeldte tilbage til arbejdsmarkedet. Kommunerne er under alle omstændigheder lovgivningsmæssigt forpligtet til at lave en sådan plan, når en person har været syg i 6 måneder inden for de seneste 12 måneder. Der er imidlertid ingen krav i lovgivningen om, hvad planen specifikt skal indeholde. Kommunerne er blevet spurgt, om de har retningslinier for det. Det viser sig, at 54 pct. af kommunerne og 77 pct. af centrene i Københavns Kommune har retningslinier for, hvad opfølgingsplanen skal indeholde. På det punkt er kommunerne således delt i to nogenlunde lige store grupper. De regelorienterede, som benytter retningslinier for opfølgingsplanen, og de skønsorienterede, som tager udgangspunkt i den enkelte person.

## Mange skifter sagsbehandler

Under opfølgningen kan sagen ændre status, fx fra en glat til en ikke glat sag, og når det er tilfældet, vælger 62 pct. af kommunerne og 31 pct. af centrene i København at skifte sagsbehandler. Skal klienten påbegynde revalidering, får pågældende ny sagsbehandler i 45 pct. af kommunerne og i 77 pct. af centrene i København. I en pæn del af kommunerne er der således efter alt at dømme en regel om at skifte til en specialiseret sagsbehandler, når sagen skifter karakter, men det er ikke sådan, at de samme kommuner går igen i de to tilfælde. Nogle kommuner er blandt de 62 pct., som skifter sagsbehandler, når sagen forværres, men ikke blandt de 45 pct. som skifter sagsbehandler, når det bliver revalideringssag. Det kan hænge sammen med, at i nogle kommuner kan medarbejderne i sygedagpengeafsnittet også behandle revalideringssager som et led i sagsarbejdet, mens de ikke kan det i andre, fordi revalideringssager er udskilt i en særlig revalideringsafdeling.

Tabel 5.3

Sager med væsentlig hurtigere opfølgningen end den lovpligtige opfølgning. Procent (n=62)

Fremgangsmåder	Hurtig opfølgning					Antal ubesvaret <sup>1</sup>
	Altid	Ofte	Af og til	Aldrig	I alt	
Sager med psykisk diagnose	30	50	14	6	100	8
Sager med behov for arbejdsfastholdelse	37	52	8	3	100	8
Sager med behov for revalidering	18	56	22	4	100	8
Sager med muligt behov for fleksjob	16	49	30	5	100	8
Sager til afklaring til pension	53	22	14	11	100	8
Sager med et tidligere stort fravær hos klienten	30	44	16	10	100	8

Anm: Tabellen bygger på vægtede data, se beskrivelsen i begyndelse af kapitlet.

1. Antal ubesvaret er ud af procentgrundlaget på 62.

## De fleste skønner om sagen haster

Endelig er sygedagpengeafsnittene blevet spurgt, om de skelner mellem sager, der ikke behøver hurtig opfølgning, og sager, hvor der følges hurtigere op, end hvad lovgivningen kræver. 90 pct. af kommunerne og 69 pct. af centrene i København skelner mellem sagerne på den måde. At de gør det, kan tages som et udtryk for, at de på det punkt handler skønorienteret. Hovedparten af kommunerne siger også, at de ikke har regler svarende til at de kunne lade et edb-program afgøre, om der skal handles hurtigt, så dette bekræfter altså skønorienteringen. Tabel 5.3 viser, i hvilket omfang disse kommuner laver hurtigere opfølgning i forskellige 'tunge' sagstyper. Som det fremgår, laver mange kommuner hurtig opfølgning i de 'tunge' sager, når det skønnes nødvendigt. For eksempel laver 53 pct. af kommunerne altid hurtig opfølgning i pensionssager. 22 pct. gør det ofte, og 14 pct. gør det af og til, så der er ikke behov for hurtig opfølgning i alle den slags sager. Resten af kommuner handler aldrig hurtigere end krævet af lovgivningen. For dem kræver en pensionering ikke en ekstraordinær hurtig indsats.

## Mange kommuner har ændret praksis

Mange af forvaltningerne har i et eller andet omfang ændret praksis i den måde, de laver opfølgning på. Kun et af de nævnte eksempler på ændringer angår den ovenfor omtalte praksis omkring opfølgningen,

idet lige under halvdelen af sygedagpengeafsnittene siger, at de nu laver hurtigere eller mere intensiv opfølgning i komplicerede sager. Alle andre ændringer angår andre forhold: Enkelte af kommunerne oplyser, at de har omorganiseret sig, men uden nøjere angivelse af, hvordan de har gjort det. De få, som har gjort det, siger, at de har udskilt opfølgning i en særlig enhed. Et enkelt sygedagpengeafsnit angiver, at de nu er begyndt at formulere mål for deres arbejde. Nogle forvaltninger angiver med et enkelt eksempel, at deres opfølgning i forhold til virksomhederne er ændret. En forvaltning siger, at de er begyndt at benytte kontaktperson på den virksomhed, hvor sygemeldte er ansat; en anden siger, at de er begyndt med partnerskabsaftaler med virksomhederne, hvor aftalen præciserer, hvordan de skal handle, når virksomhedens ansatte bliver syge; en tredje siger, at de er begyndt at have rundbordsamtaler med deltagelse af sygemeldte, virksomheden og andre som sygemeldtes egen læge for at finde en løsning på personens situation med henblik på fortsat ansættelse på virksomheden, når sygemeldte er blevet rask.

## Anvendelse af eksperter

Anvendelse af eksperter begrundes som oftest i, at de skal give råd og hjælp til sagsbehandlerne, så de bedre kan forstå sagen og dermed bedre kan lave en god sagsbehandling. Lægekonsulenten inddrages i sagen for at forklare de helbredsmæssige aspekter af sagen, og konsulenter i socialret bringes i spil, når der i sagen indgår socialretslige spørgsmål, som kræver juridisk kendskab. Råd og hjælp behøver ikke at være eneste begrundelse for at benytte eksperter. Lægekonsulentens rolle kan være at kontrollere den sygdomsramtes lægeklæringer fra egen læge, speciallæge eller hospitalslæge. I kraft af deres arbejde er de sidstnævnte 'talsmænd' for den sygdomsramte, mens lægekonsulenten er det for socialforvaltningen. Lægekonsulenten er således med til at sikre, at der ikke er nogen, der får hjælp, uden de helt sikkert har behov for det. Konsulenter i socialret kan blive inddraget i en sag, når der er tvivl om, hvorvidt sagsbehandlingen er foregået efter lovens forskrifter. Klager en klient, kan konsulenten i socialret blive spurgt for at få afklaret uenigheden.

Lægen er den mest brugte ekspert

Af tabel 5.4 fremgår det, i hvilket omfang sygedagpengeafsnittene i landets kommuner bruger eksperter. Som man kan se, bruger alle

Tabel 5.4

Anvendelse af konsulenter. Procent (n=62)

Konsulenter	Anvendelse			Gennemsnitligt antal timer om ugen	Antal ubesvaret <sup>1</sup>
	Ja	Nej	I alt		
Lægekonsulenter	100	0	100	6,77	0
Psykologer	14	86	100	7.21	13
AF-konsulenter	4	96	100	Uoplyst	19
Arbejdsmedicinere	4	96	100	1	19
Konsulenter i Socialret	10	90	100	6.25	18

Anm: Tabellen bygger på vægtede data, se beskrivelsen i begyndelse af kapitlet.

1. Antal ubesvaret er ud af procentgrundlaget på 62.

kommuner lægekonsulenter, mens eksperter som psykologer og konsulenter i socialret kun bruges i ret begrænset omfang. AF-konsulenter og arbejdsmedicinere bruges næsten ikke. Stort set samme billede ses blandt centrene i København.

At lægekonsulenter benyttes af alle kommuner tyder på, at der i alle kommuner er sager, som kræver lægelige ekspertise, så de kan få en god sagsbehandling. Den begrænsede brug af de andre eksperter tyder på, at sagerne generelt ikke er mere komplicerede, end at sagsbehandlerne selv kan behandle dem. Den manglende brug af AF-konsulenter kan også hænge sammen med, at de i socialforvaltningerne mener, at de selv har konsulenter og sagsbehandlere til at tage sig af virksomhedskontakten. Det kan dog ikke gøres gældende for de helt små kommuner, jf. bilagstabel 5.2. Deraf fremgår det, at der blandt disse kommuner findes nogle, som gør brug af AF-konsulenterne, og det kan hænge sammen med, at de ikke selv har råd eller arbejde nok til at have en jobkonsulent ansat. Det samlede billede er dog, at praksis er ensidigt rettet med lægelig ekspertise med viden om helbredsmæssige faktorer og ikke mod brugen af arbejdsmedicinere og AF-konsulenter med viden om arbejdsmarkedet.

Tabel 5.5

Fremgangsmåder i forbindelse med kontrol af sagsgangen. Procent (n=62)

Kontrol med sager	Andvendelse			Antal ubesvaret <sup>1</sup>
	Ja	Nej	I alt	
varetages af den enkelte sagsbehandler	94	6	100	1
Sker på faste møder mellem ledelse og sagsbehandlere	46	54	100	5
Sker på gruppe- eller teammøder	80	20	100	3
Sker ved, at sagsbehandlere afrapporter elektronisk til ledelsen	16	84	100	4
Sker ved, at ledelsen foretager stikprøver af sagsgangene	57	43	100	5
Sker, når sager når en vis varighed	76	24	100	2

Anm: Tabellen bygger på vægtede data, se beskrivelsen i begyndelse af kapitlet.

1. Antal ubesvaret er ud af procentgrundlaget på 62.

## Kontrol med sagsgangen

Kontrol med sagsgangen er til for at se, om den sygdomsramte får den sagsbehandling pågældende ifølge loven er berettiget til, og om pågældende lever op til de indgåede aftaler. Det kan også formuleres som, at der kontrolleres for, om sagen får den rette opfølgning, og der sker den rette udbetaling af sygedagpenge. Denne kontrol kan ske på forskellig måde, og i tabel 5.5 er listet 6 forskellige kontrolmekanismer. Med de første 2 er der tale om delegeret skøn som kontrolmekanisme, fordi det er sagsbehandlerne 'på gulvet', som laver kontrollen, når de synes, det er nødvendigt. Den tredje er en regel om, hvornår kontrollen skal foretages, og selv om det enten kan være sagsbehandleren eller ledelsen, som gør det, udtrykker det en regelorienteret fremgangsmåde. De sidste tre er også regelstyrede, og det er primært ledelsen, som står for kontrollen.

Resultaterne i tabellen tegner et billede af et kontrolsystem i sygedagpengeafsnittet, som overvejende bygger på delegeret skøn, men som samtidig understøttes af et eller flere af ledelsesredskaberne, nemlig ledelsens stikprøvevise kontrol af sagsgangen, dens kontrol efter en vis varighed og faste møder mellem ledelsen og sagsbehandlerne. Et elektronisk informationssystem, hvor sagsbehandlere rapporterer til

ledelsen, benyttes næsten ingen steder, og det kan være, fordi at kun få steder har sådan et informationssystem. Grunden til, at sagsbehandlerne selv kontrollerer sagerne, kan være, at ledelsen ikke har den fornødne tid til at gøre det, undtagen stikprøvevis eller en gang imellem, når sagen har en vis varighed.

## Samarbejdet med virksomheder

Tanken bag sygedagpengeloven er, at sygdomsramte så vidt muligt skal i arbejde igen. Lovmæssigt har det offentlige nogle redskaber til rådighed til at sikre, at sygemeldte igen kommer i gang med at arbejde. Det kan fx dreje sig om 1) delvis raskmelding, hvor sygdomsramte arbejder på nedsat tid; 2) revalidering, når de sygdomsramte skal have vurderet eller optrænet deres arbejdsevne; 3) fleksjob, når en revalidering har vist, at deres arbejdsevne er varigt nedsat; 4) støtte til hjælpemidler, som de skal bruge for at kunne udføre deres job. Alt det kan ske i en virksomhed, og kommunen er ifølge loven forpligtiget til at forsøge at få et samarbejde i gang med områdets virksomheder. Det kan være den sygdomsramtes hidtidige arbejdsplads, i en såkaldt fastholdelsessag; eller det kan være en helt ny virksomhed i en såkaldt integrationssag, hvis den sygdomsramte ikke kan blive på den gamle arbejdsplads. 78 pct. af kommunerne har indgået en sådan aftale om et samarbejde i form af en partnerskabsaftale, og de resterende 23 pct. uden aftale udgøres stort set udelukkende af små kommuner, jf. bilagstabel 5.3.

### De fleste kommuner informerer virksomhederne

Det første interessante spørgsmål her er, hvordan socialforvaltningen griber det an med at informere virksomhederne om de forskellige ordninger for at starte et samarbejde op. Kommunerne er blevet stillet det spørgsmål, og resultatet fremgår af tabel 5.6.

Det er tydeligt, at de fleste kommuner på eget initiativ opsøger og informerer virksomhederne om ordningerne. Det har de virksomhedskon-sulenter til. Det tyder på initiativ, samarbejdsvillighed og skønsbaserede beslutninger med hensyn til, om der skal etableres et samarbejde med de enkelte interesserede virksomheder. En meget stor del af kommunerne informerer også virksomhederne, når virksomhederne selv henvender sig til dem. Det kunne på den ene side forstås som passivitet, idet det er virksomheden, der er den udfarende, når de har en sygdomsramt, hvis situation de vil have løst. Kommunen handler i det tilfælde regelret,

Tabel 5.6

Fremgangsmåder når kommunerne orienterer virksomhederne om økonomiske og rådgivningsmæssige ordninger. Procent (n=62)

Fremgangsmåder	Anvendelse					Antal ubesvaret <sup>1</sup>
	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	I alt	
Virksomhedskonsulenter opsøger og informerer arbejdsgivere	54	20	19	7	100	8
Forvaltningerne annoncerer lokalt	2	10	35	53	100	6
Forvaltningerne oplyser virksomhederne pr. brev	7	10	38	45	100	6
Forvaltningerne afholder temamøde for virksomhederne	3	24	41	32	100	6
Sagsbehandlerne informerer, når virksomheder selv henvender sig	49	43	4	4	100	5

Anm: Tabellen bygger på vægtede data, se beskrivelsen i begyndelse af kapitlet.

1. Antal ubesvaret er ud af procentgrundlaget på 62.

fordi loven foreskriver, at de skal samarbejde med sådanne virksomheder. På den anden side kunne det også forstås som, at kommunerne følger en aktiv linie i forhold til virksomhederne, hvor de skønmæssigt vurderer, om de vil arbejde sammen med virksomheder, der kontakter dem. De andre ordninger, som alle må siges at være udadrettede, benyttes ikke særlig meget, og grunden til det kan være, at tidligere erfaringer har vist, at de ikke får 'virksomhederne på banen' ved at bruge disse ordninger.

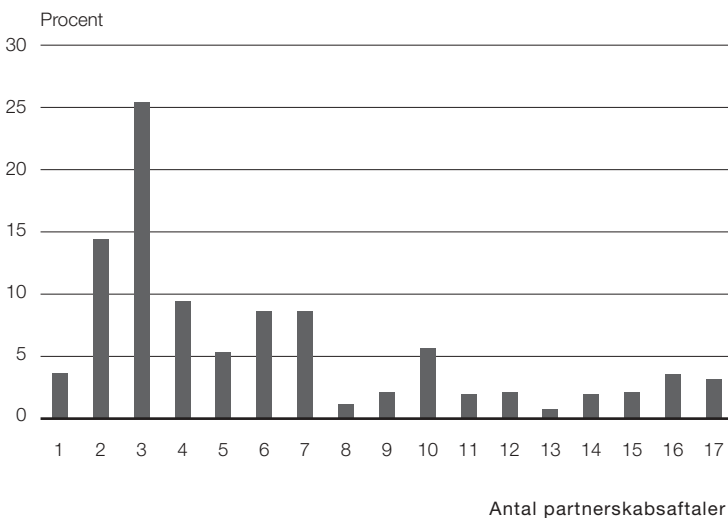
Samarbejdet mellem socialforvaltningen og virksomhederne om fx delvis raskmelding, et revalideringsforløb, et fleksjob eller støtte til hjælpemidler, kan være mere eller mindre fast. Det faste samarbejde er kendetegnet ved en formel partnerskabsaftale mellem forvaltningen og en virksomhed. Partnerskabsaftalen kan gå ud på, at de to parter løbende samarbejder om at fastholde sygdomsramte medarbejdere og at integrere personer udefra. Som et led i partnerskabsaftalen kan det også fastlægges, at der er en fast kontaktperson i virksomheden og i socialforvaltningen. Fordelen ved det er, at de to lærer hinanden at kende, så de bedre kan samarbejde om disse sager.

Det løse, uformelle samarbejde er mere ad-hoc præget. Virksomheden går i det enkelte tilfælde med til at fastholde eller integrere, men uden

at binde sig til andre sager efterfølgende. Det kan aftales, hvem der er kontaktpersoner i sagen, men det behøver ikke at være de samme personer næste gang, hvis virksomheden igen siger ja. De to former er yderpunkter, og der findes aftaler, som er en blanding af de to former. Det vigtige at lægge mærke til er, at en partnerskabsaftale er mere vidtgående end en løs kontakt, så kommuner, der indgår sådanne aftaler, må også siges at være mere indstillet på at arbejde tæt sammen med virksomheder end dem, som ikke laver partnerskabsaftaler.

Et flertal kommuner har indgået partnerskabsaftaler  
 Som sagt har 73 pct. af kommunerne indgået partnerskabsaftaler med en virksomhed, så det er et klart flertal af kommunerne. Med 3 ud af de 13 er det et mindretal af socialcentrene i København, hvilket kan hænge sammen med den centrale enhed, som på vegne af alle centrene laver fastholdelse og integration på virksomheder i København. I figur 5.1, hvor der ses på, hvor mange aftaler kommunerne har, fremgår det, at der er en skæv fordeling. Hovedtyngden ligger på 1 til 8 aftaler, hvor der er skønsmæssigt ca. 130 af landets kommuner. Omkring 40 kommuner har 10 eller flere aftaler. Det er fortrinsvis de store kommuner, som har mange aftaler, mens de små ikke har så mange. Heraf må vi konstatere, at stort set alle kommuner er samarbejdsorienteret selv om der er forskel på, hvor mange aftaler de hver især har indgået.

Figur 5.1  
 Procentvis fordeling af partnerskabsaftaler





Tabel 5.7

Graden af forpligtigelse i samarbejdet mellem forvaltning og virksomheder. Procent (n=62)

Forvaltningen					Virksomheder				
I høj grad	I nogen grad	Nej	I alt	Antal ubesvaret <sup>1</sup>	I høj grad	I nogen grad	Nej	I alt	Antal ubesvaret <sup>1</sup>
12	65	23	100	23	9	61	30	100	22

Anm: Tabellen bygger på vægtede data, se beskrivelsen i begyndelse af kapitlet.

1. Antal ubesvaret er ud af procentgrundlaget på 62.

Forpligter partnerskabsaftalerne forvaltningen og virksomheden til at yde en anden og mere omfattende indsats end normalt? For forvaltningen kan det fx handle om at yde en hurtigere opfølgning, og for virksomheden kan det fx handle om at tage flere klienter i virksomhedsrevalidering. Resultatet i tabel 5.7 peger på, at det gør det. Størstedelen af kommunerne er af den opfattelse, at partnerskabsaftaler i nogen eller høj grad giver et bedre og mere vidtgående samarbejde.

Partnerskabsaftale forpligter til en hurtigere indsats  
 Forvaltningerne er blevet bedt om at give eksempler på, hvilken måde partnerskabsaftaler forpligter forvaltningen selv og virksomhederne til at yde en anden eller en mere omfattende indsats. Med hensyn til forvaltningen handler svarene primært om, hvordan forvaltninger yder en anden indsats. En sådan indsats kan i større eller mindre grad forpligte forvaltningen, og det er her angivet ved at omtale dem efter stigende grad af forpligtigelse. Godt 1/3 af kommunerne svarer, at de med partnerskabsaftalen lover en hurtigere indsats, når en virksomheds medarbejder sygemelder sig. Kun nogle enkelte forvaltninger siger, at de forpligter sig til det mere vidtgående samarbejde med at benytte rundbordssamtaler til at finde en løsning på den sygemeldtes fremtidige situation på virksomheden. Ligeledes er det også kun nogle få af forvaltningerne, som lover virksomhederne en fast kontaktperson i forvaltningen, som virksomhederne kan kontakte hver gang, de har behov for det, og som assisterer dem under hele sagsforløbet.

Når det kommer til virksomhedernes forpligtigelse, nævner forvaltningerne hovedsageligt kun sagstyper. Således siger 1/8 af dem, at virksomhederne med partnerskabsaftalen forpligter sig til at fastholde sygdomsramte medarbejdere. En lidt mindre andel af forvaltningerne

siger, at virksomhederne også går med til at integrere personer fra forvaltningerne. Kun et par enkelte af forvaltningerne kommer med et eksempel på en anden og mere forpligtende indsats, og det angår arbejds træningspladser, hvor virksomhederne stiller et antal pladser til rådighed for forvaltningen, som fast kan bruge dem i fastholdelses- og integrationssager.

Forvaltningerne er endelig blevet spurgt, på hvilken måde deres samarbejde med virksomhederne har ændret sig inden for de sidste 3 år. Som svar bliver der givet mange eksempler på, hvordan samarbejdet har ændret sig, men i de fleste eksempler er der kun en eller to forvaltninger bag eksemplet. En forvaltning benytter nu annoncer over for virksomheder, en anden en virksomhedsdatabase og et par andre temamøder. Nogle af eksemplerne er også på et ret overordnet niveau, som større fokus på arbejdsmarkedet, mere virksomhedsservice og større fokus på fastholdelse. På et enkelte punkt skiller en del sig ud. 10 pct. af kommunerne siger, at de nu har ansat virksomhedskonsulenter til at tage sig af kontakten med virksomhederne. Alt i alt må man dog sige, at forvaltningerne udviser meget forskelligartet brug i de nye fremgangsmåder, de har taget op.

## Samarbejdet med de praktiserende læger

I tabel 5.8 er angivet forskellige mulige måder at samarbejde med lægerne på. De er i stigende orden opstillet efter, hvor vidtgående samarbejdet med lægerne er. Afholdelse af temamøder, som er den første måde i tabellen, er en meget løs samarbejdsform, idet det primært angår en uformel udveksling af informationer af fælles interesse. De to næste er også ret uformelle eller løse i deres karakter. Samarbejdet går ud på, at sagsbehandleren eller lægekonsulenten efter behov i de enkelte sager har kontakt med den praktiserende læge, uden at der formelt er nedfældet noget i en aftale om, hvordan dette samarbejde skal foregå. De to sidste er de mest vidtgående. Den ene går ud på, at sygedagpengeafsnittet har individuelle samarbejdsaftaler med de enkelte læger, fx om hurtig udstedelse af lægeerklæringer. Den anden går ud på, at sygedagpengeafsnittet og alle lægerne sammen har dannet et samarbejdsorgan, som finder fælles løsninger på samarbejdet, fx ligesom med de individuelle aftaler om hurtig udstedelse af lægeerklæringer. Fordelen ved denne måde

Tabel 5.8

Fremgangsmåder i sygedagpengeafsnittets samarbejde med de praktiserende læger.  
 Procent (n=62)

Fremgangsmåde	Andvendelse			Antal ubesvaret <sup>1</sup>
	Ja	Nej	I alt	
Afholdelse af temamøder for de praktiserende læger	52	48	100	3
Sagsbehandler har kontakt med de praktiserende læger	94	6	100	4
Lægekonsulenten har kontakt med de praktiserende læger	32	68	100	4
Individuelle samarbejdsaftaler med de enkelte læger	15	85	100	2
Samarbejde gennem et formalt organ, som repræsenterer lægerne	36	64	100	4

Anm: Tabellen bygger på vægtede data, se beskrivelsen i begyndelse af kapitlet.

1. Antal ubesvaret er ud af procentgrundlaget på 62.

i stedet for den individuelle aftale med de enkelte læger er, at det er betydeligt lettere at koordinere og lave aftaler igennem et organ, som repræsenterer alle læger i kommunen.

Den mest benyttede kontakt til lægerne er, at sagsbehandlerne tager kontakt i de enkelte sager. Hele 94 pct. benytter den fremgangsmåde. Ca. halvdelen afholder temamøder med lægerne. Kun 15 pct. har individuelle aftaler med lægerne, mens en noget større andel på 36 pct. har etableret et formaliseret samarbejdsorgan med lægerne. Resultatet her peger altså på, at den mest gængse form er, at sagsbehandlerne har kontakten med lægerne, når der er behov for det i en sag – noget der i nogen kommuner understøttes af et formelt samarbejde i form af et samarbejdsorgan.

Kun ganske få forvaltninger har svaret på spørgsmålet, om de inden for de sidste 3 år har ændret på noget i deres samarbejde med lægerne, men punktet tages med her, fordi et par enkelte forvaltninger giver et par eksempler på en samarbejdsform, som ikke har været omtalt i det foregående. I den ene forvaltning lader man lægerne deltage i evalueringer af arbejdsprøvnings, og i den anden har man treparts-samtaler med læge, sagsbehandler og sygdomsramte. De to eksem-

pler viser således, at man i nogen forvaltninger har fået et meget vidtgående samarbejde med lægerne inden for de sidste 3 år.

### Bureaukratisk eller dynamisk organisation?

I tabel 5.9 er angivet, hvor mange gange forvaltningerne har svaret ja eller nej på 12 af de spørgsmål, som fortæller, om de er regelorienterede eller skønorienterede. Et ja er udtryk for en regelorientering, mens et nej er udtryk for en skønorientering. Som det fremgår, er der ingen af forvaltningerne, der svarer ja eller nej på alle spørgsmål. Det er naturligvis svært at sætte en grænse for, hvor mange ja- eller nej-svar af de 12 mulige der skal til, før man kan sige, om forvaltningen er præget af den ene eller anden orientering. Sætter man for eksempel grænsen ved 8, er 17 pct. regelorienteret og 9 pct. skønorienteret. De resterende 74 pct. er 'både og'. Idet brug af regler er udtryk for en bureaukratisk arbejdsmåde, og brug af skøn, udtryk for en dynamisk, fremgår det således, at de fleste forvaltninger er hybride blandingsformer med både bureaukratiske og dynamiske træk.<sup>1</sup>

Tabel 5.9

Antal ja eller nej, som sygedagpengeafsnit svarer til 12 spørgsmål, som angiver, om de er regel- eller skønorienterede i deres sagsbehandling.

	Antal ja	Antal i procent	Antal nej	Antal i procent
	2	1,61	1	1,61
	3	3,23	3	9,68
	4	14,52	4	17,74
	5	27,42	5	12,90
	6	19,35	6	25,81
	7	16,13	7	22,58
	8	14,52	8	6,45
	9	1,61	9	1,61
	11	1,61	10	1,61

Anm: Tabellen bygger på vægtede data, se beskrivelsen i begyndelse af kapitlet.

1. Antal ubesvaret er ud af procentgrundlaget på 62.

1. Med forskellige statistiske skaleringsmetoder er det forsøgt at lave en graderet skala med den bureaukratiske og dynamiske organisation som yderpunkter, men det var ikke muligt ud fra det foreliggende materiale.

Da alle forvaltninger benytter eksperter som læger, er der plads inden for både den bureaukratiske og dynamiske organisation til en faggruppe, som primært lader sig styre efter faggruppens normer for udførelsen af arbejdet. De fleste forvaltninger samarbejder også med virksomheder, så typen af forvaltning spiller heller ingen rolle på det punkt. Derfor er det muligt alene at fokusere på, hvad de tidligere beskrevne bureaukratiske eller dynamiske elementer i sygeforvaltningen betyder enkeltvis for forløbet af en sygedagpenge sag, og det er den benyttede fremgangsmåde i de følgende kapitler.

## Konklusion: De fleste forvaltninger har både bureaukratiske og dynamiske træk

Det er kun i meget begrænset omfang muligt at udskille nogen forvaltninger som enten klart 1) bureaukratiske og regelorienterede eller 2) dynamiske og skønorienterede. De fleste er hybride blandingsformer med både bureaukratiske og dynamiske træk. Ligeledes er det ikke muligt at udskille nogle faste mønstre, når der ses på de enkelte administrative procedurer. Det er ikke sådan, at forvaltningerne danner grupper, hvor de ligner hinanden i brugen af administrative procedurer. Derfor er det kun muligt at karakterisere de enkelte administrative led i sagsbehandlingen enkeltvis, og det vil her i konklusionen blive gjort som ovenfor, ud fra de orienteringer, som præger dem: regelorienteringen, skønorienteringen, ekspertorienteringen og samarbejdsorienteringen, hvor regelorienteringen gælder for den bureaukratiske fremgangsmåde, skønorienteringen for den dynamiske, mens ekspertorienteringen og samarbejdsorienteringen ikke specielt er udtryk for en af de to slags fremgangsmåder.

Hovedparten af sygedagpengeafsnittene benytter sig af en regel som fx personnummer, når de fordeler sager mellem afsnittets dagpengemedarbejdere. Indhentes der yderligere informationer end dem, der står i dagpenganmodningen, beror det på et skøn, bestemt af sygemeldte og dennes situation. Det er i de fleste tilfælde overladt til den enkelte medarbejder i sygedagpengeafsnittet at foretage dette skøn. Til brug for det videre sagsforløb benyttes regelstyrede visitationskategorier for at give ukomplicerede administrationssager til de administrative medarbejdere og de tunge sager med komplicerede diagnoser til sagsbehandlere med ekspertise i at tage sig af sådanne sager.

Under opfølgningen på sagen, anvender omkring halvdelen af sygedagpengeafsnittene et spørgeskema eller en checkliste, når de indhenter oplysninger om den sygemeldte. Det er med til at sikre, at der gives nogenlunde ensartet opfølgning. De andre forvaltninger gør det efter et skønnet behov i den enkelte sag. Stort set alle afsnit oplyser, at de sørger for, at denne opfølgning sker hurtigt, hvis der er nogen fare for, at sygemeldte mister tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Brugen af eksperter er ikke særlig udstrakt og begrænser sig overvejende til lægekonsulenter, hvilket alle sygedagpengeafsnit gør brug af. Det må tages som udtryk for, at sager kan være så komplicerede, at afsnittes sagsbehandlere må have sagkyndig bistand for forstå de lægelige aspekter af sagen. I nogle af de små kommuner benyttes også AF-konsulenter, og det kan hænge sammen med, at de ikke er store nok til at have eksperter 'i huset' med forstand på arbejdsmarkedet.

I størstedelen af kommunerne sker kontrollen med sagsgangen hovedsageligt som delegeret kontrol, hvor det er sagsmedarbejderne og ikke ledelsen, som foretager kontrollen. Det skal i udgangspunktet sikre, at visitation og opfølgning forløber efter hensigten. I en stor del af kommunerne understøttes det dog af ledelsesredskaber som fx stikprøvevis kontrol af sagsgangen.

Endelig laver ca. 3/4 af forvaltningerne partnerskabsaftaler med områdets virksomheder, hvori der aftales et samarbejde om at få sygemeldte personer tilbage til arbejdsmarkedet. Ifølge mange af disse forvaltninger forpligter det både forvaltningen og virksomhederne til at yde en indsats. Samarbejdet med de enkelte praktiserende læger er derimod forholdsvis løst med personlig kontakt mellem sagsbehandler og læge i de enkelte sager. I godt 1/3 af kommunerne bakkes dette samarbejde op med et samarbejdsorgan, som repræsenterer de praktiserende læger i området.

# KOMMUNERNES SYGEDAGPENGEOPFØLGNING

Langvarige sygemeldinger har negative konsekvenser for både de sygemeldte og for det øvrige samfund. For at afhjælpe disse konsekvenser, ydes en betydelig offentlig indsats, både sundheds- og socialfaglig. Den socialfaglige indsats skal gennem en aktiv indsats bidrage til, at de sygemeldte bevarer en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Kommunerne har pligt til opfølgning på sygedagpengesager senest efter 8 ugers sygefravær. Opfølgningen skal ske på grundlag af ajourførte oplysninger, herunder lægelige oplysninger. Hvis det skønnes nødvendigt, kan kommunen indhente lægelige oplysninger ud over lægeerklæring. Kommunen skal ved første opfølgning tage stilling til behovet for udarbejdelsen af en handlingsplan. Handlingsplanen beskriver planlagte tiltag samt målet med indsatsen, fx ordinær beskæftigelse. En handlingsplan skal dog under alle omstændigheder være udarbejdet inden for 6 måneder. Desuden skal kommunen i forbindelse med opfølgningen vurdere behovet for at iværksætte revalidering med henblik på at sikre den sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet. I de senere år er der derudover lagt større vægt på inddragelse af arbejdsgivere. Ændrede arbejdsforhold og særlig hensyntagen til den sygemeldtes helbredsproblemer kan medvirke til en bevarelse af ansættelsesforholdet.

Før 2001 var det et lovfastsat krav, at den sygemeldte blev indkaldt til en personlig samtale. Fra 1. januar 2001 indførtes smidigere regler vedrørende opfølgning. Således er der i den gældende sygedagpen-

gelov ikke fastsat nogen formkrav til, hvordan den første opfølgning skal foretages. Men som udgangspunkt skal opfølgningen ske i samarbejde med den sygemeldte. Hvis den sygemeldte af helbredsmæssige grunde ikke kan deltage, må kommunen følge op på anden måde (via tredjepersoner). Begrundelsen for at smidiggøre reglerne er, at tidlig opfølgning, via indkaldelse til personlig samtale, ikke i sig selv er et mål, hvis det ikke tjener et formål. I forudsigelige sager, som fx et brækket ben eller terminale/livstruende sygdomsforløb, er det mest hensigtsmæssigt at undlade en tidlig indkaldelse til personlig samtale, både af hensyn til den sygemeldte selv og til kommunens ressourcer. Med den nye lovgivning er det således tilstrækkeligt, at kommunen tager kontakt til den sygemeldte og på den baggrund vurderer, om en personlig samtale er nødvendig.

Dette kapitel belyser hvor ofte og hvornår kommunen afholder opfølgningssamtale, udarbejder en handlingsplan samt indhenter lægelige informationer. Det vurderes, om kommunerne lever op til lovens krav. Der tages udgangspunkt i den gældende lov, idet 82 procent af undersøgelsens sager falder ind under denne. Det vurderes, hvorvidt der foregår en hensigtsmæssig prioritering af, hvem der følges op på, og hvem der får udarbejdet en handlingsplan. Det vil sige, at kapitlet belyser, i hvor høj grad kommunerne følger op i de sager, hvor der må formodes at være et stort behov for en indsats. Endvidere belyses kommunernes kontakt til de sygemeldtes arbejdsgivere, og hvor ofte iværksættelse af revalidering og delvis raskmelding finder sted.

## Opfølgningssamtale

Ved længerevarende sygemeldinger er der risiko for, at den sygemeldte ikke vender tilbage til arbejdsmarkedet. En tidlig opfølgning er vigtig for at forhindre, at den syge mister tilknytningen til arbejdsmarkedet. Otteugers-reglen er et minimum, tidligere opfølgning kan finde sted, hvis kommunen skønner, der er behov for det. Efter otte uger skal den sygemeldtes forhold tages op til vurdering mindst hver 8. uge.

I sager, hvor der er afholdt opfølgningssamtale, er der i mere end halvdelen af tilfældene afholdt mere end én samtale. Som det fremgår af tabel 6.1, er der afholdt 4 opfølgningssamtaler i 17 procent af



Tabel 6.1

Antal opfølgningssamtaler fordelt på sygedagpengeperiodens varighed. I procent.

Sygedagpengeperiodens varighed	Antal opfølgningssamtaler						I alt	Antal
	0	1	2	3	4			
9-13 uger	69	24	3	2	1	100	437	
14-26 uger	33	35	16	7	8	100	434	
27-39 uger	11	29	26	17	17	100	172	
40-52 uger	11	13	14	24	37	100	109	
1-1,5 år	7	17	11	15	50	100	138	
1,5-2 år	10	10	11	18	51	100	56	
2 år +	5	15	4	7	69	100	57	
I alt	35	26	12	9	17	100	1403	

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

samtlige sager, og af de sager, hvor der er afholdt opfølgningssamtale, er der i 60 procent afholdt mere end én samtale. Naturligvis er det fortrinsvis i sager af længere varighed, at antallet af opfølgningssamtaler er stort. Dog er der enkelte sager af kort varighed, hvor antallet af opfølgningssamtaler er oppe på 4.

Opfølgningssamtalerne er personlige samtaler med den sygemeldte, enten telefonisk eller ved personligt fremmøde. Hvor ofte opfølgning sker via 3. personer, er desværre ikke indeholdt i datamaterialet. Andre undersøgelser viser, at opfølgning via 3. personer (ægtefælle eller hospitalssocialrådgiver) sker i 15 procent af sagerne, se Sørensen og Lunden (2001), og at der ingen opfølgning sker i 21 procent af sagerne, se Den Sociale Ankestyrelse (1999).

Det stemmer tilsyneladende overens med resultaterne i denne undersøgelse, idet der i 35 procent af sagerne ikke er afholdt opfølgningssamtale, se tabel 6.1. I nærværende datamateriale oplyser kommunens sagsbehandlere således, at der i 65 procent af sagerne er afholdt mindst én opfølgningssamtale. Af tabel 6.2 fremgår det, at i 22 procent af sagerne er første opfølgningssamtale afholdt inden 8 uger.

Tabel 6.2

Tid fra sygdommelding til første opfølgningssamtale. I procent.

Ingen opfølgningssamtale	0-8 uger	9-13 uger	14-26 uger	27-39 uger	40-52 uger	1 år+	Ved ikke	I alt	Antal
35	22	21	14	3	1	1	4	100	1403

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Man kan argumentere for, at selvom opfølgningssamtale ikke afholdes lige præcis inden 8. uge, fx pga. ressourcemæssig knaphed, eller fordi den sygemeldte ikke kan afsætte tid, er lovens intention, at sagens karakter og kompleksitet tidligt skal vurderes med henblik på behovet for en særlig indsats. Vi vælger derfor, i dette kapitel, at betragte afholdt opfølgningssamtale inden 3 måneder (13 uger eller 91 dage) som iværksættelse af en tidlig indsats. I 43 procent af sagerne er der således afholdt tidlig opfølgningssamtale.

En forudsætning for, at kommunen kan følge tidligt op, er, at de modtager dagpengeskemaet i god tid. Den syge, eller dennes arbejdsgiver, har pligt til at indberette inden 4 uger. Dette opfyldes i 60 procent af sagerne, se tabel 6.3. Hvorvidt kommunen kan nå at iværksætte tidlig opfølgning, afhænger af hvornår dagpengeskemaet modtages. Hvis man regner med, at kommunen som minimum skal have 4 uger, fra de modtager dagpengeskemaet, til de afholder

Tabel 6.3

Tid fra sygdommelding til modtagelse af dagpengeskema fordelt på opfølgning. I procent.

Tid for modtagelse af dagpengeskema				
Opfølgningssamtale afholdt	0-4 uger	5-8 uger	9 uger +	I alt
Ja	61	30	9	100
Nej	56	37	7	100
I alt	60	33	7	100
Antal	752	421	96	1269

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Tabel 6.4

Afholdelse af opfølgningssamtale, fordelt på sagens varighed. I procent.

Sygedagpengeperiodens varighed	Opfølgningssamtale afholdt		
	Nej	Ja	I alt
9-13 uger	61	15	31
14-26 uger	29	32	31
27-39 uger	4	17	13
40-52 uger	2	11	8
1-1,5 år	2	14	10
1,5-2 år	1	5	4
2 år +	1	6	4
I alt	100	100	100
Antal	497	906	1403

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

opfølgningssamtale, er det i 93 procent af sagerne muligt at følge op inden 3 måneder. I de resterende 7 procent er det umuligt for kommunen at yde en tidlig indsats.

Det er således ikke manglende forudsætninger, for så vidt angår modtagelse af dagpengeskemaet, som bevirker, at kommunerne i mindre end halvdelen af sagerne afholder tidlig opfølgningssamtale.

Hensigten med smidiggørelsen af opfølgningsreglerne er, at der opnås en bedre udnyttelse af ressourcerne på området, således at indsatsen rettes mod de komplicerede sager, hvor der er behov for en intensiv indsats. Det kræver, at kommunen foretager en målrettet afdækning af de sager, der bedømmes til at være risikosager.

Der er en betydelig kortere varighed i de sager, hvor der ikke er blevet afholdt opfølgningssamtale, se tabel 6.4.

Det er således fortrinsvis sager af længere varighed, kommunen følger op på via personlig samtale. Det kan derfor ikke udelukkes, at der sker en hensigtsmæssig prioritering i forhold til opfølgningssamtale. Hensigten med de lovfastsatte krav om tidlig vurdering af behovet for en særlig indsats er at sikre de sygemeldtes arbejdsmarkedstilknytning på trods af et evt. dårligt helbred. Indkaldelse til personlig samtale er ikke et mål i sig selv. I forudsigelige sager, som

fx et brækket ben, er det bedst at undlade at indkalde til personlig samtale, både af hensyn til den sygemeldte selv og til kommunens ressourcer. Der opnås en bedre udnyttelse af ressourcerne på området, hvis indsatsen rettes mod de komplicerede sager, hvor der er behov for en intensiv indsats. Det kræver, at kommunen foretager en målrettet afdækning af de sager, der bedømmes til at være risikosager. Formodentlig sker denne sortering på baggrund af faktorer som den sygemeldtes helbredsmæssige ressourcer, faglige kvalifikationer og kompetencer. Denne hypotese understøttes af, at i 86 procent af sagerne bor den sygemeldte i en kommune, som oplyser, at de generelt skelner mellem glatte/ikke glatte sager, i 82 procent at behov for arbejdsfastholdelse er et kriterium for særlig/tidlig indsats og i 62 procent at tidligere sygefravær er et kriterium for særlig/tidlig indsats.

Hypotesen om, at der foregår en hensigtsmæssig prioritering af sagerne, understøttes yderligere af en logistisk regressionsanalyse af, hvilke forhold der påvirker sandsynligheden for, at kommunen afholder opfølgningssamtale. Analysen giver svar på, hvilken betydning de sygemeldtes individuelle ressourcer har, når der tages højde for andre forhold, som fx den kommunale praksis i den sygemeldtes hjemkommune. Sygemeldingsdiagnosen samt antal kontakter til egen læge, speciallæge, sygehus og fysioterapeut, er medtaget som mål for lidelsens art og den sygemeldtes helbredsmæssige ressourcer. Tidligere behandling for psykisk lidelse/personlige problemer, tidligere langvarig sygemelding samt misbrug af alkohol, stoffer eller lignende, er ligeledes benyttet som mål for den sygemeldtes helbredsmæssige ressourcer. Disse forhold, kan imidlertid også være et mål for den sygemeldtes personlige ressourcer. Uddannelse er medtaget som et mål for de faglige kvalifikationer. Den sygemeldtes alder og tilknytning til arbejdsmarkedet, dvs. om den sygemeldte påbegyndte sin sygeperiode som ledig, undervejs mister sit arbejde eller stadig er ansat, er desuden medtaget. Tilknytning til arbejdsmarkedet, som her defineret, kan både være et mål for den syges faglige kvalifikationer og kompetencer, men det kan også være et mål for de helbredsmæssige ressourcer, fx hvis fyringen udelukkende skyldes et meget dårligt helbred. Under alle omstændigheder er de, som mister deres arbejde, i fare for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Ud over disse mål

Tabel 6.5

Sandsynligheden for opfølgningssamtale. Reduceret logistisk regressionsmodel. (n=1100)

Variabel		Koefficient
Kommunen indhenter oplysninger ved at kontakte klienten telefonisk**	Af og til/sjældent eller aldrig	•
	Altid/ofte**	+
Kommunen indhenter oplysninger ved at anmode klienten om et møde***	Af og til/sjældent eller aldrig	•
	Altid/ofte***	+
Kommunen indhenter lægelige oplysninger***	Af og til/sjældent eller aldrig	•
	Altid/ofte***	-
Ledighed***	Stadig ansat	•
	Fyret/sagde selv op***	+
	Ledig***	+
Antal kontakter til egen læge**		+
Antal kontakter til speciallæge***		+
Antal kontakter til fysioterapeut**		+

Anm.: NS: Ikke signifikant, \* $<0,10$ , \*\* $<0,05$ , \*\*\* $<0,01$ . Analysen er foretaget på et vægtet grundlag, se bilag.

Der er korrigeret for, om forvaltningen har ændret praksis de seneste 3 år, jf. fodnote 1.

Ikke signifikante variabler: alder, tidligere været langvarigt sygemeldt, tidligere misbrug af alkohol, stoffer eller lignende, antal indlæggelser på sygehus, diagnose, uddannelse, tidligere haft psykiske/personlige problemer, indhentning af oplysninger, fordeling af sager, anvendelse af visitationskategorier, anvendelse af regler for hurtig indsats.

for de sygemeldtes individuelle ressourcer er der medtaget mål for den kommunale praksis i den sygemeldtes hjemkommune.<sup>1</sup> Endelig er tiden fra sygemelding til kommunen modtager dagpengeskemaet, medtaget, for at tage højde for kommunens mulighed for at yde en (rettidig) indsats. I tabel 6.5 er angivet, hvilke forhold der viser sig at have betydning. Kun variabler, som er signifikante, dvs. den reducerede model, er vist. Variabler, som ikke har nogen signifikant betydning, er angivet under tabellen. Et “+” angiver, at der er en signifikant positiv betydning, et “-” angiver, at der er en signifikant negativ betydning, og referencekategorien er angivet med “•”.

1. Der er i alle analyser korrigeret for, om forvaltningen har ændret praksis de seneste 3 år. Dette skyldes, at dataindsamlingen vedrørende kommunernes praksis på sygedagpengeområdet, er indsamlet efter afslutningen af de undersøgte sager.

Af analysen fremgår, at den kommunale praksis på området samt den sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet og helbredsmæssige ressourcer har betydning for, om kommunen afholder opfølgningssamtale. Sygemeldte fra en kommune, som angiver, at de altid/ofte kontakter de sygemeldte telefonisk eller anmoder om møde, har større sandsynlighed for opfølgning. Derimod har sygemeldte fra kommuner, som altid/ofte indhenter lægelige oplysninger, mindre sandsynlighed for opfølgning. Det kunne tyde på, at indhentning af lægelige oplysninger til afklaring af behovet for opfølgning i nogle sager resulterer i, at opfølgningssamtale ikke bliver afholdt.

Tabel 6.6

Sandsynligheden for tidlig opfølgningssamtale, blandt sager hvor der er afholdt opfølgningssamtale. Reduceret logistisk regressionsmodel (n=687)

Variabel		Effekt
Kommunen indhenter oplysninger ved at anmode klienten om møde**	Af og til/sjældent eller aldrig	•
	Altid/ofte**	+
Kommunen indhenter lægelige oplysninger***	Af og til/sjældent eller aldrig	•
	Altid/ofte***	-
Fordeling af sager***	Efter individuel vurdering	•
	Automatisk***	+
Ledighed***	Stadig ansat	•
	Fyret/sagde selv op***	-
	Ledig <sup>NS</sup>	0
Tidligere langvarigt sygemeldt*	Nej	•
	Ja*	+
Antal indlæggelser på sygehus*		-

Anm.: NS: Ikke signifikant, \*<0,10, \*\*<0,05, \*\*\*<0,01. Analysen er foretaget på et vægtet grundlag, se bilag.

Der er korrigeret for, om forvaltningen har ændret praksis de seneste 3 år, jf. fodnote 1, samt tid for modtagelse af dagpengeskema. Ikke signifikante variable: alder, tidligere misbrug af alkohol, stoffer eller lignende, antal kontakter til egen læge, speciallæge og fysioterapeut, diagnose, uddannelse, tidligere haft psykiske/personlige problemer, anvendelse af visitationskategorier, indhentning af oplysninger, anvendelse af regler for hurtig indsats, hvor ofte kommunen kontakter klienten telefonisk.

Ud over betydningen af den kommunale praksis i den sygemeldtes hjemkommune har de sygemeldtes individuelle ressourcer, såvel mht. helbred som mht. arbejdsmarkedstilknytning, også betydning. Sager af stor helbredsmæssig kompleksitet, dvs. hvor der er mange kontakter til sundhedssystemet, prioriteres. Ligeledes prioriterer kommunen de sygemeldte med svagest tilknytning til arbejdsmarkedet, idet personer, som enten var ledige, da de blev sygemeldt, eller mister deres arbejde undervejs i forløbet, har en større sandsynlighed for opfølgning. Kommunerne lever således tilsyneladende op til lovens hensigt vedrørende arbejdsfastholdelse.

En tilsvarende analyse af, hvilke forhold der har betydning for, hvorvidt kommunen yder en tidlig indsats, viser, at den kommunale praksis i den sygemeldtes hjemkommune, tilknytning til arbejdsmarkedet samt helbredet har betydning, se tabel 6.6. Kun sager, hvor der er afholdt opfølgningssamtale, indgår i analysen.

Sygemeldte fra en kommune, som oplyser, at de altid/ofte anmoder om møde, samt angiver, at sagerne fordeles automatisk, har større sandsynlighed for tidlig opfølgningssamtale. Derimod har sygemeldte fra kommuner, som altid/ofte indhenter lægelige oplysninger, mindre sandsynlighed for tidlig opfølgningssamtale. Det kunne tyde på, at indhentning af lægelige oplysninger har en tendens til at sinke sagsbehandlingen. En betydelig del (66 procent) af den indhentede lægelige information er dog modtaget inden 3 måneder. Men det er klart, at skal denne yderligere information først behandles, før man tager stilling til indkaldelse til opfølgningssamtale, er det en medvirkende årsag til forsinkelse af sagsbehandlingen. Blandt sager, hvor der afholdes opfølgningssamtale, er det de sygemeldte, som undervejs mister deres arbejde, der har den laveste sandsynlighed for tidlig opfølgningssamtale. Ligeledes reducerer øget antal indlæggelser på sygehus sandsynligheden for tidlig opfølgningssamtale. Sygemeldte, som tidligere har været langvarigt syge, har derimod en større sandsynlighed for tidlig opfølgningssamtale.

Disse resultater tyder for det første på, at kommunerne prioriterer sager, de på forhånd bedømmer som komplicerede. For det andet ser det ud til, at der er en række sager, som kommunerne vurderer som ukomplicerede, og derfor, i første omgang, ikke afholder opfølgningssamtale. Disse sager viser sig imidlertid efterfølgende at

være 'risikosager' med behov for arbejdsfastholdelse, idet de sygemeldte mister deres arbejde. Det skal dog understreges, at analysen er foretaget udelukkende blandt de sager, hvor der afholdes opfølgningssamtale. Da sygemeldte, som mister deres arbejde, har større sandsynlighed for opfølgningssamtale, er der samlet set en større andel, der følges tidligt op på, i forhold til sygemeldte, som ikke mister deres arbejde.

### Komplicerede sager prioriteres

Hypotesen om at, sager, som vurderes at være komplicerede, prioriteres, understøttes dels af kommunernes oplysninger om praksis på området, og dels af betydningen af de sygemeldtes individuelle ressourcer. Sammenfattende tyder analyserne på, at kommunerne forsøger at sortere de glatte sager fra, hvor der ikke er behov for en indsats, og koncentrere ressourcerne om de sager, hvor der er størst behov for en intensiv indsats. Således har de sygemeldtes helbred betydning for den indsats, som ydes. Et stort antal kontakter til sundhedssystemet øger sandsynligheden for afholdelse af opfølgningssamtale. Derimod har disse faktorer ikke betydning for sandsynligheden for en tidlig indsats, tværtimod sinker indlæggelse på sygehus afholdelsen af opfølgningssamtale.

Derudover tyder analyserne på, at personlige ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet har betydning for den indsats, der ydes. Personer med svag tilknytning eller som er i fare for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, bliver prioriteret højt. Kommunerne lever således tilsyneladende op til lovens hensigt vedrørende arbejdsfastholdelse og prioriterer sager, som må formodes at være komplicerede. Dette understøttes af Boll og Clausen (2003). Gennem interview med kommunale sagsbehandlere finder forfatterne, at sagsbehandlerne forsøger at skelne de glatte sager fra de mere komplicerede sager med behov for en indsats/tidlig indsats. Boll og Clausen (2003) peger imidlertid også på, at det kan være svært at adskille disse to sagstyper på et tidligt tidspunkt, da denne skelnen ofte bygger på sagsbehandlerens erfaring med den sygemeldte.

Nærværende undersøgelse bekræfter tilsyneladende dette, idet der er en række sager, som kommunerne vurderer som ukomplicerede, og derfor, i første omgang, ikke afholder opfølgningssamtale på. Disse sager viser sig imidlertid efterfølgende at være 'risikosager' med



behov for arbejdsfastholdelse, idet de sygemeldte mister arbejdet. Kommunen har således enten ikke været opmærksom på behovet for en tidlig indsats for disse personer, eller komplikationerne er først opstået sent. Under alle omstændigheder er der tilsyneladende nogle sygemeldte, som har været i fare for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, og hvor indsatsen kunne være sat tidligere ind. Hvordan sagerne ved tidligere opfølgning ville have udviklet sig, ved vi selvsagt ikke noget om, men i kapitel 8 belyses bl.a. effekten af tidlig opfølgningssamtale på de sygemeldtes jobmæssige situation.

## Medicinsk udredning og opfølgningsplan

Opfølgningssamtalen skal ske på baggrund af ajourførte oplysninger, herunder lægelige oplysninger. Hvis der er behov for yderligere information af lægelig/medicinsk art før en opfølgningssamtale, skal kommunen sørge for at indhente sådanne informationer.

I 76 procent af sagerne har kommunen modtaget en lægeattest. Til brug for sagsbehandlingen er der, ud over en lægeattest, indhentet yderligere lægelig information i 60 procent af sagerne, se tabel 6.7. I 8 procent af sagerne foreligger der hverken lægeattest eller anden lægelig information. Journaloplysninger fra speciallæge/hospital, statusattest og lægekonsulentforelæggelse er de mest brugte informationskilder, hvorimod generel helbredsundersøgelse og speciallægeerklæring ikke benyttes så ofte.

Lægelige informationer indhentes oftest i sager af længere varighed, se tabel 6.8. I lidt mere end hver fjerde af de helt korte sager, er der indhentet lægelige oplysninger, mens andelen er tæt på 100 i sagerne af længere varighed.

Tabel 6.7

Indhentning af lægelige oplysninger til brug i sagsbehandling. I procent.

Indhentning af lægelige oplysninger, art:	Ja	Nej	
Journaloplysninger fra speciallæge/hospital	34	66	100
Statusattest	33	67	100
Generel helbredsundersøgelse	5	95	100
Speciallægeerklæring	9	91	100
Lægekonsulentforelæggelse	37	63	100
I alt	60	40	100
Antal	835	568	1403

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Tabel 6.8

Indhentning af lægelige oplysninger fordelt på varigheden af sygedagpengeperioden. I procent.

Sygedagpengeperiodens varighed	Indhentning af lægelige oplysninger			Antal
	Ja	Nej	I alt	
9-13 uger	27	73	100	437
14-26 uger	58	42	100	434
27-39 uger	76	24	100	172
40-52 uger	89	11	100	109
1-1,5 år	95	5	100	138
1,5-2 år	100	0	100	56
2 år +	93	7	100	57
I alt	60	40	100	1403

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Loven foreskriver, at der ved første opfølgningssamtale skal være taget stilling til en opfølgningsplan, og at den under alle omstændigheder skal foreligge inden 6 måneder. I 39 procent af samtlige sager er der udarbejdet opfølgningsplan, se tabel 6.9. Til sammenligning har i alt 62 procent af samtlige sager en varighed på mere end 6 måneder. Kommunen lever således ikke fuldt op til kravene vedrørende opfølgningsplan. Det er dog fortrinsvis i sager af længere varighed, at kommunen udarbejder en opfølgningsplan. Målet for opfølgningsplanerne er hovedsageligt beskæftigelse og revalidering/uddannelse. Omkring hver ottende plan har udelukkende 'afvente behandling' som mål, og kun i 3 procent er målet pension, se tabel 6.10.

Tabel 6.9

Udarbejdelse af opfølgingsplan fordelt på varigheden af sygedagpengeperioden. I procent.

Sygedagpengeperiodens varighed	Opfølgingsplan foreligger?			I alt	Antal
	Ja	Nej			
9-13 uger	10	90		100	437
14-26 uger	38	62		100	434
27-39 uger	58	42		100	172
40-52 uger	64	36		100	109
1-1,5 år	67	33		100	138
1,5-2 år	64	36		100	56
2 år +	73	27		100	57
I alt	39	61		100	1403

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Tabel 6.10

Mål for udarbejdede opfølgingsplaner. I procent.

	Mål for opfølgingsplan								I alt	Antal
	Ordinær beskæftigelse	Fleksjob	Revalidering/uddannelse	Afklare/Afprøve	Afvente behandling	Behandling/genoptræning	Pen-sion	Andet		
I alt	48	5	8	3	12	6	3	15	100	516

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Tabel 6.11

Modtagelse af lægelige oplysninger og udarbejdelse af opfølgingsplan fordelt på tid. Fra sygemelding. I procent.

	Tid fra sygemelding							I alt	Antal	
	Ingen	0-8 uger	9-13 uger	14-26 uger	27-39 uger	40-52 uger	1 år+			Ved ikke
Modtagelse af lægelige oplysninger	40	23	14	13	3	1	2	3	100	1403
Udarbejdelse af opfølgingsplan	61	7	11	12	3	1	2	4	100	1403

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Det er fortrinsvis i sager af længere varighed, at kommunen udarbejder en opfølgingsplan, 62 procent af de sygemeldte med en sygeperiode på mere end et halvt år har fået udarbejdet en opfølgingsplan. Både når det gælder indhentning af lægelige oplysninger og udarbejdelse af opfølgingsplan, er det således fortrinsvis i sager af længere varighed, at disse aktiviteter finder sted. Det kan tænkes, at indhentning af lægelige oplysninger i sig selv er med til at trække sagsbehandlingstiden ud, før man når en afklaring. Tilsvarende kan man forestille sig, at der først udarbejdes opfølgingsplan, når sagen har varet i længere tid. Imod dette taler, at både modtagelse af lægelige oplysninger og udarbejdelse af opfølgingsplan i hovedparten af tilfældene er sket inden 13 uger, se tabel 6.1. Således er en andel på 66 procent af de indhentede lægelige oplysninger modtaget inden 13 uger, og yderligere 23 procent er modtaget inden et halvt år.<sup>2</sup> Tilsvarende er 86 procent af opfølgingsplanerne udarbejdet inden et halvt år.<sup>3</sup>

For yderligere at belyse, hvilke personer kommunen yder en særlig indsats i form af indhentning af lægelige oplysninger og udarbejdelse af opfølgingsplan, er der gennemført to analyser. Som i spørgsmålet om opfølgning/tidlig opfølgning antages det, at kommunen

2. Procentgrundlaget er de sager, hvor der er indhentet oplysninger

3. Procentgrundlaget er de sager, hvor der er udarbejdet opfølgingsplan

Tabel 6.12

Sandsynligheden for indhentning af lægelige oplysninger.  
 Reduceret logistisk regressionsmodel. (n=1124)

Variabel		Effekt
Diagnose***	Anden sygdom	•
	Psykisk***	-
	Bevægeapparat <sup>NS</sup>	0
	Ved ikke <sup>NS</sup>	0
Tidligere misbrug af alkohol, stoffer eller lignende***	Nej	•
	Ja***	+
Ledighed***	Stadig ansat	•
	Fyret/sagde selv op***	+
	Ledig***	+
Anvendes visitationskategorier, glat/ej glat sag***	Skelner ikke	•
	Skelner***	-
Antal kontakter til egen læge***		+
Antal kontakter til speciallæge***		+
Antal indlæggelser på sygehus*		+

Anm.: NS: Ikke signifikant, \*<0,10, \*\*<0,05, \*\*\*<0,01. Analysen er foretaget på et vægtet grundlag, se bilag.

Der er korrigeret for, om forvaltningen har ændret praksis de seneste 3 år, jf. fodnote 1, samt tid for modtagelse af dagpengeskema.

Ikke signifikante variabler: alder, tidligere været langvarigt sygemeldt, uddannelse, tidligere haft psykiske/personlige problemer, antal kontakter til fysioterapeut, indhentning af oplysninger, fordeling af sager, anvendelse af regler for hurtig indsats, hvor ofte kommunen kontakter klienten telefonisk, hvor ofte kommunen anmoder klienten om møde, hvor ofte kommunen indhenter lægelige oplysninger.

foretager en målrettet afdækning af de sager, der kan bedømmes til at være risikosager, og retter indsatsen mod de komplicerede sager, hvor der er behov for en intensiv indsats. Det antages således, at kommunen, på baggrund af de sygemeldtes individuelle ressourcer, vurderer behovet for en særlig indsats. Som i de tidligere analyser tages der højde for andre forhold som fx den kommunale praksis i den sygemeldtes hjemkommune. Faktorer med signifikant betydning er vist i tabel 6.12 og 6.13.

Analyserne understøtter, at lægelige informationer først og fremmest indhentes i sager, hvor der tilsyneladende er størst behov for det. Således har de helbredsmæssige faktorer betydning. Antallet af

Tabel 6.13

Sandsynligheden for opfølgingsplan. Reduceret logistisk regressionsmodel. (n=1108)

Variabel		Effekt
Tidligere haft psykiske/personlige problemer***	Nej	•
	Ja***	+
Ledighed***	Stadig ansat	•
	Fyret/sagde selv op***	+
	Ledig***	+
Retningslinier for hvad en opfølgingsplan skal indeholde?***	Nej	•
	Ja***	-
Tidligere misbrug af alkohol, stoffer eller lignende*	Nej	•
	Ja*	-
Antal kontakter til egen læge*		+
Antal kontakter til speciallæge***		+
Antal kontakter til fysioterapeut**		+

Anm.: NS: Ikke signifikant, \* $<0,10$ , \*\* $<0,05$ , \*\*\* $<0,01$ . Analysen er foretaget på et vægtet grundlag, se bilag.

Der er korrigeret for, om forvaltningen har ændret praksis de seneste 3 år, jf. fodnote 1, samt tid for modtagelse af dagpengeskema.

Ikke signifikante variable: alder, uddannelse, tidligere været langvarigt sygemeldt, antal indlæggelser på sygehus, diagnose, indhentning af oplysninger, anvendelse af visitationskategorier, anvendelse af regler for hurtig indsats, fordeling af sager, anvendelse af regler for hurtig indsats, hvor ofte kommunen kontakter klienten telefonisk, hvor ofte kommunen anmoder klienten om møde, hvor ofte kommunen indhenter lægelige oplysninger.

kontakter til egen læge, speciallæge og sygehus øger sandsynligheden for, at der indhentes lægelige oplysninger. Derimod bliver der i mindre grad indhentet lægelige oplysninger for sygemeldte, hvis sygemeldingsdiagnose er en psykisk lidelse.

Sygemeldte med en svag tilknytning til arbejdsmarkedet, dvs. ledige eller sygemeldte, som mister arbejdet, samt sygemeldte, som har/har haft et misbrug af alkohol, stoffer eller lignende, har en større sandsynlighed for, at der indhentes lægelige oplysninger til belysning af deres sag.

Analyserne viser også, at den kommunale praksis har betydning for, hvorvidt der indhentes lægelige oplysninger og udarbejdes en opfølgingsplan. Sygemeldte, som bor i en kommune, hvor det oplyses, at sagsbehandlerne generelt skelner mellem glatte/ikke glatte sager, har

mindre sandsynlighed for, at kommunen indhenter lægelige oplysninger.<sup>4</sup> Forklaringen må være, at kommunen prioriterer sager, hvor der er størst behov.

Når det gælder udarbejdelse af en opfølgingsplan, er det, ud over den kommunale praksis, ligeledes både de helbredsmæssige faktorer og tilknytning til arbejdsmarkedet, som spiller ind. Også her koncentrerer kommunen tilsyneladende ressourcerne om de sager, som kan forventes at blive komplicerede. Ledige eller sygemeldte, som mister arbejdet, sygemeldte, som har været i behandling for psykiske/personlige problemer, samt sygemeldte, som har et stort antal kontakter til sundhedssystemet, har således større sandsynlighed for at få udarbejdet en opfølgingsplan. Derimod har sygemeldte, som har/har haft et misbrug af alkohol, stoffer eller lignende, en mindre sandsynlighed for at få udarbejdet en opfølgingsplan.

Den eneste variabel for kommunal praksis, som har signifikant betydning, er, hvorvidt der i kommunen er opstillet retningslinier for, hvad en opfølgingsplan skal indeholde. Sygemeldte fra kommuner, hvor der er opstillet retningslinier, har mindre sandsynlighed for at få udarbejdet en opfølgingsplan. Det er umiddelbart overraskende. En mulig forklaring kan være, at retningslinierne angiver, at der skal være et beskæftigelses-/afklaringsmål for opfølgingsplanen.<sup>5</sup> Er sagen endnu ikke så afklaret, fx fordi lidelsen stadig udvikler sig, kan det tænkes, at man i disse sager undlader at udarbejde en opfølgingsplan.

Ingen opfølgingsplan i hver tredje sag med varighed over et halvt år

Kommunerne indhenter lægelige oplysninger, ud over lægeattest, i 60 procent af sagerne. Der udarbejdes en opfølgingsplan i 39 procent af samtlige sager. I sager med en varighed på mere end et halvt år er denne andel på 62 procent. Kommunerne lever således kun i begrænset omfang op til de lovgivningsfaste krav, om

---

4. Det drejer sig om journaloplysninger fra speciallæge eller hospital, statusattest, generel helbredsundersøgelse, speciallægeerklæring og lægekonsulentforelæggelse.

5. Hvad der også er i hovedparten af planerne.

udarbejdelse af opfølgingsplan inden for et halvt år. I mere end hver tredje sag, som varer mere end et halvt år, er der ikke udarbejdet opfølgingsplan. Det ser dog ud til, at kommunerne trods alt udarbejder opfølgingsplan i de sager, der på forhånd kan vurderes at være de tungeste.

Det er belyst, i hvilke sager kommunen indhenter lægelige oplysninger og udarbejder opfølgingsplan, og tilsyneladende prioriterer kommunerne de sager, som vurderes at være komplicerede.

Sammenfattende tyder analyserne således på, at personlige ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet har betydning for den indsats, som ydes. Personer med svag tilknytning, eller som er i fare for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, prioriteres højt. Derudover tyder analyserne på, at helbredet har betydning. Sygemeldte med dårligt helbred (stort antal kontakter til sundhedssystemet) prioriteres både i forhold til indhentning af lægelige oplysninger og udarbejdelse af opfølgingsplan.

Sygemeldte, som tidligere er behandlet for en psykisk lidelse/personlige problemer, har større sandsynlighed for at få udarbejdet en opfølgingsplan. Det kan enten afspejle den helbredsmæssige betydning, eller at disse personer har svage sociale-/motivationsmæssige ressourcer, og derfor ydes en særlig indsats. Ifølge en undersøgelse, baseret på bl.a. interview med kommunale sagsbehandlere, er det i høj grad relevant at yde en særlig indsats over for sygemeldte med sociale og motivationsmæssige problemer, se Boll og Clausen (2003). Misbrugere må forventes at være personer, som i høj grad har sociale- og evt. motivationsmæssige problemer og dermed behov for en særlig indsats. Det kan derfor virke overraskende, at sygemeldte med misbrugsproblemer har en mindre sandsynlighed for at få udarbejdet en opfølgingsplan. Ifølge Järvinen (1998) er sundhedssystemet ikke 'gearet' til at tage specielt godt vare på netop personer med misbrugsproblemer. En forklaring på, at misbrugere i mindre grad får udarbejdet en opfølgingsplan, kan således være, at kommunen, ligesom sundhedssystemet generelt, ikke ved, hvad de skal stille op med disse personers mere diffuse problemer.



## Revalidering og kontakt til arbejdsgiver

Kommunen skal ved første opfølgning, ud over at inddrage læger og hospitalsinstitutioner, også tage stilling til, i hvilket omfang der skal ske inddragelse af revalideringsinstitutioner, virksomheder og de faglige organisationer samt arbejdsformidlingen. Derudover kan kommunen iværksætte delvis raskmelding, hvis den sygemeldte har mulighed for at vende tilbage til arbejdspladsen, men stadig har begrænset arbejdsevne.

Der har i 6 procent af sagerne været kontakt til en revalideringsinstitution. Revalidering er drøftet i 21 procent af sagerne, mens forrevalidering henholdsvis egentlig revalidering er iværksat i 13 henholdsvis 10 procent af sagerne, se tabel 6.14.

Det er ikke på baggrund af datamaterialet muligt at vurdere, om iværksættelse af revalidering i hver tiende sag er lidt eller meget, det afhænger naturligvis af behovet. Således vil der være en lang række sager, hvor det ikke er relevant at revalidere, fordi det fx vurderes, at den sygemeldte vil blive fuldt arbejdsdygtig uden revalidering, eller fordi den sygemeldte er for syg til at deltage i revalidering. En undersøgelse viser dog, at kommunerne i høj grad revaliderer i sager, hvor det er relevant, se Høgelund og Modvig (1998). Datagrundlaget for denne undersøgelse er langtidssygemeldte med rygproblemer i 24 kommuner. Blandt sager med indikation af et behov for revalidering har kommunen drøftet og/eller iværksat revalidering i tre fjerdedele

Tabel 6.14

Andele af sager, hvor forrevalidering eller revalidering er drøftet/iværksat. I procent.

	Forrevalidering iværksat	Revalidering iværksat	Drøftelse af Revalidering
Ja	13	10	21
Nej	84	86	77
Ved ikke	2	4	3
I alt	100	100	100
Antal	1403	1403	1403

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

af tilfældene. I sager, hvor det ikke formodes, at det er relevant med revalidering, har kommunen drøftet revalidering i 29 procent af sagerne og iværksat revalidering i 7 procent af tilfældene. Den betydelige forskel mellem disse to grupper kan tages som udtryk for, at kommunerne i høj grad revaliderer i sager, hvor det er relevant.

Ud over kommunernes indsats i form af iværksættelse af revalidering er det undersøgt, hvor ofte kommunen inddrager andre aktører i sagsbehandlingen. Kontakt til fagforening eller a-kasse er sket i 8 procent af sagerne, og i 1 procent af sagerne har der været kontakt til arbejdsformidlingen, se tabel 6.15.

En større inddragelse af virksomheder er en anden strategi, som der i de senere år er lagt større vægt på, for at opnå øget fastholdelse og reintegration af sygemeldte. Således fremgår det af sygedagpengeloven (pr. 1.4.1997), at virksomheder i større omfang skal inddrages i kommunernes opfølgning i sygedagpengesager. Det sker tilsyneladende kun i beskedent omfang. Kommunen kontakter de sygemeldte lønmodtagers arbejdsgivere i 14 procent af sagerne og afholder møde med arbejdsgiveren i 5 procent. Hjælp til arbejdsredskaber, andre hjælpemidler samt anden økonomisk hjælp ydes ligeledes kun i et meget begrænset omfang, se tabel 6.15.

Tabel 6.15

Kontakt til arbejdsgiver, møde med arbejdsgiver, kontakt til fagforening eller a-kasse, kontakt til arbejdsformidling, samt diverse økonomisk hjælp og delvis raskmelding. I procent.

	Ja	Nej	Irrelevant	I alt	Antal
Kontakt til arbejdsgiver	14	76	10	100	1279
Møde med arbejdsgiver	5	84	11	100	1279
Kontakt til fagforening eller a-kasse	8	90	2	100	1403
Kontakt til arbejdsformidling	1	99	0	100	1403
	Ja	Nej	Ved ikke	I alt	Antal
Hjælp til arbejdsredskaber	1	96	3	100	1403
Andre hjælpemidler	1	96	3	100	1403
Anden økonomisk hjælp	4	92	4	100	1403

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Kontakten mellem den sygemeldte og arbejdsgiver er vigtig i forhold til fastholdelse og kan naturligvis forekomme uanset kommunens indsats på dette område. Ifølge Boll og Clausen (2003) giver virksomhederne således udtryk for, at de gerne ser, at medarbejderne udviser åbenhed omkring de helbredsmæssige problemer. Medarbejdernes kontakt til arbejdsgiver og udviste motivation er således en vigtig faktor i forhold til fastholdelse på arbejdspladserne.

Delvis raskmelding er et væsentligt instrument, som kan anvendes, hvis den sygemeldte har mulighed for at vende tilbage til arbejdspladsen, men stadig har begrænset arbejdsevne. Det giver mulighed for en hurtigere tilbagevenden til arbejdspladsen, og dermed bedre mulighed for at bevare tilknytningen til arbejdspladsen, end hvis fuldstændig raskmelding skulle afventes. Derudover giver det den sygemeldte mulighed for gradvist at vurdere og genoptræne sin arbejdsevne.

Delvis raskmelding er iværksat i hver femte sag. Der er ikke en systematisk forskel på, hvor ofte der er iværksat delvis raskmelding, når de sygemeldte fordeles efter sagsvarigheden, se tabel 6.16. Både blandt de helt korte og de helt lange sager er der forholdsvis få sager, hvor delvis raskmelding iværksættes. I hovedparten af sagerne er delvis raskmelding iværksat inden et halvt år, se tabel 6.17.

Tabel 6.16

Sager hvor der er iværksat delvis raskmelding fordelt på sagens varighed. I procent.

Varighed	Delvis raskmelding			I alt	Antal
	Ja	Nej	Ved ikke		
9-13 uger	14	83	3	100	437
14-26 uger	22	77	2	100	434
27-39 uger	33	66	0	100	172
40-52 uger	25	68	7	100	109
1-1,5 år	18	80	2	100	138
1,5-2 år	15	81	4	100	56
2 år +	3	91	6	100	57
I alt	20	78	3	100	1403

Tabel 6.17

Tid for iværksættelse af delvis raskmelding. I procent.

Tid for iværksættelse af delvis raskmelding	
0-8 uger	28
9-13 uger	22
14-26 uger	28
27-39 uger	6
40-52 uger	5
1 år+	1
I alt	91

Anm: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag. Procentgrundlaget er 1403 sager. Der er i 20 procent af samtlige sager iværksat delvis raskmelding, heraf ved 9 procent ikke hvornår.

## Sparsom kontakt med virksomheder og andre instanser

Ud over indhentning af lægelige oplysninger, som sker i 60 procent af sagerne, er det sparsomt med kontakten og samarbejdet med andre instanser/partner. Hvad angår revalidering, er det iværksat i hver tiende sag, men kommunerne er tilsyneladende opmærksomme på muligheden, idet det er drøftet i hver femte sag.

Omkring halvdelen af de sygemeldte lønmodtagere mister deres job. Det kan derfor undre, at kommunerne i et fåtal af sagerne kontakter arbejdsgiveren. En forklaring kan være, at sagsbehandlerne ikke er i stand til på et tidligt tidspunkt at udvælge de sager, hvor der er stor risiko for, at de sygemeldte bliver fyret. En anden forklaring kan være, at sagsbehandlerne, delvist på grund af manglende ressourcer, ikke ser det som en kerneopgave at skulle kontakte virksomhederne. Ifølge Boll og Clausen (2003) er der blandt sagsbehandlere, såvel som sygemeldte og til en vis grad virksomheder, enighed om, at det er bedst, hvis den sygemeldte og virksomheden selv kan finde ud af at holde kontakt. Ifølge samme undersøgelse opfordrer eller presser sagsbehandlerne de sygemeldte til at holde kontakt med arbejdsgiveren. I nærværende undersøgelse finder vi, at delvis raskmelding iværksættes i hver femte sag. Det kan afspejle en vilje fra virksomhedernes side til at fastholde langtidssygemeldte medarbejdere. Ifølge Boll og Clausen (2003) spores hos virksomhederne generelt en

positiv holdning i forhold til fastholdelsen af langvarigt sygemeldte medarbejdere. Samtidig har nogle af virksomhederne dog udtrykt ønske om en mere aktiv indsats fra kommunens side, da de ikke har den nødvendige viden om, hvad der skal til for at kunne fastholde medarbejdere med midlertidigt eller varigt nedsat arbejdsevne. Det meget beskedne omfang af hjælp til arbejdsredskaber mv., som ydes, tyder på, at der er et potentiale for en mere udfarende kommunal indsats over for virksomhederne. Det kræver dog formodentlig en større tildeling af ressourcer til sygedagpengeområdet, end det er tilfældet pt.



# SYGEDAGPENGEMODTAGERNES VURDERING AF SYGEMELDINGENS FORLØB

Kommunen skal gennem en aktiv indsats bidrage til, at de sygemeldte bevarer en tilknytning til arbejdsmarkedet på trods af eventuelle helbredsproblemer. I de senere år er der derudover lagt større vægt på inddragelse af arbejdsgivere. Ændrede arbejdsforhold og særlig hensyntagen til den sygemeldtes helbredsproblemer kan medvirke til en bevarelse af ansættelsesforholdet. Dette kapitel beskriver de sygemeldtes vurdering af henholdsvis kommunens og arbejdsgiverens indsats. Derudover analyseres forhold af betydning for tilfredshed med henholdsvis kommunens og arbejdsgiverens indsats.

## Vurdering af kommunens indsats

Sygemeldte, som har taget stilling til kommunens indsats, er gennemgående positivt indstillet. Der er dog en ikke ubetydelig del, som ikke har taget stilling. Andelen af de sygemeldte, som har taget stilling til såvel kommunens som sagsbehandlerens indsats, er størst for de langvarigt sygemeldte. Betragter man udelukkende de, som *har* taget stilling, er det de langvarigt sygemeldte, som er mest positive, når det gælder en samlet vurdering af kommunens indsats. De langvarigt sygemeldte vurderer dog i højere grad, at sagsbehandlerne ikke lyttede ordentligt til dem, og at de i mindre grad havde indflydelse på deres egen sag end de kortvarigt sygemeldte.

De sygemeldtes samlede vurdering af kommunens indsats, opdelt på varighed af sygedagpengeperioden, er vist i tabel 7.1. I tabel 7.2a-

7.2d er forskellige udsagn om kommunen og sagsbehandlerne vurderet. Et fællestræk ved disse vurderinger er, at jo længere sygefravær, jo oftere har de sygemeldte taget stilling til kommunen og sagsbehandlerne indsats. Denne sammenhæng mellem sygeperiodens varighed og stillingtagen kan forklares ved, at langvarigt sygemeldte, som vist i kapitel 6, har haft mere kontakt med kommunens sagsbehandlere og derfor er i stand til at vurdere kommunens indsats.

Blandt de, som har taget stilling<sup>1</sup>, er vurderingerne overvejende positive. De sygemeldte med et fravær længere end et år er endda de mest positive, hvad angår den samlede vurdering af kommunens indsats. Det er også tilfældet med udsagnet: “Kommunen har virkelig hjulpet mig til at komme videre”. Der er således flere blandt de sygemeldte med et fravær længere end et år, som er enige i dette udsagn, end blandt sygemeldte med et fravær kortere end et år. Her er de sygemeldte med et fravær længere end et år mest enige i udsagnet, dvs. mindre positive. Alle er dog overvejende positive – dvs. uenige – i udsagnet.

Sygemeldte med fravær kortere end et halvt år er mest enige i udsagnet: “Jeg havde stor indflydelse på, hvad der skete i min sag” og enigheden aftager med varigheden af sygedagpengeperioden. Alle, som har taget stilling, er dog overvejende positive. Der er ikke signifikant forskel på holdningen til udsagnene: “Kommunen har mere kontrolleret mig i stedet for at hjælpe mig” og “Kommunens sagsbehandlere lyttede ikke ordentligt til mig”, idet de fleste er uenige i udsagnet.

---

1. Dvs. hvor dem, som svarer 'Ved ikke' i tabel 7.1 og 'Irrelevant' i tabel 7.2a-7.2d, ikke er medtaget.



Tabel 7.1

Samlet vurdering af kommunens indsats, opdelt på varighed af sygedagpengeperioden. I procent.

Vurdering af kommunens indsats	Varighed af sygedagpengeperioden			I alt
	9-26 uger	27-52 uger	1 år +	
Meget god	9	21	23	14
God	12	22	29	17
Hverken eller	20	18	18	19
Dårlig	4	15	11	8
Meget dårlig	4	8	10	6
Ved ikke	51	16	9	36
I alt	100	100	100	100
Antal	994	309	278	1.581

Kolonne-forskellene er signifikante ved et  $\chi^2$ -test på 5 procents niveau. Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Tabel 7.2a

Udsagn om kommunens indsats, opdelt på varighed af sygedagpengeperioden. I procent.

Kommunen har virkelig hjulpet mig til at komme videre	Varighed af sygedagpengeperioden			I alt
	9-26 uger	27-52 uger	1 år +	
Helt enig	10	25	36	18
Delvis enig	5	12	14	8
Delvis uenig	4	8	11	6
Helt uenig	12	29	25	17
Irrelevant	69	26	14	51
I alt	100	100	100	100
Antal	994	309	278	1.581

Kolonne-forskellene er signifikante ved et  $\chi^2$ -test på 5 procents niveau. Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Tabel 7.2b

Udsagn om sagsbehandlerens indsats, opdelt på varighed af sygedagpengeperioden. I procent.

Kommunens sagsbehandlere lyttede ikke ordentligt til mig	Varighed af sygedagpengeperioden			I alt
	9-26 uger	27-52 uger	1 år +	
Helt enig	6	19	22	11
Delvis enig	4	7	13	6
Delvis uenig	3	10	8	5
Helt uenig	17	36	45	26
Irrelevant	70	28	12	52
I alt	100	100	100	100
Antal	994	309	278	1.581

Kolonne-forskellene er signifikante ved et  $\chi^2$ -test på 5 procents niveau. Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Tabel 7.2c

Udsagn om kommunens indsats, opdelt på varighed af sygedagpengeperioden. I procent.

Jeg havde stor indflydelse på, hvad der skete i min sag	Varighed af sygedagpengeperioden			I alt
	9-26 uger	27-52 uger	1 år +	
Helt enig	15	33	40	23
Delvis enig	5	10	13	7
Delvis uenig	4	3	9	5
Helt uenig	7	23	26	13
Irrelevant	69	31	12	52
I alt	100	100	100	100
Antal	994	309	278	1.581

Kolonne-forskellene er signifikante ved et  $\chi^2$ -test på 5 procents niveau. Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Tabel 7.2d

Udsagn om kommunens indsats, opdelt på varighed af sygedagpengeperioden. I procent.

Kommunen har mere kontrolleret mig i stedet for at hjælpe mig	Varighed af sygedagpengeperioden			I alt
	9-26 uger	27-52 uger	1 år +	
Helt enig	7	16	18	11
Delvis enig	4	5	11	6
Delvis uenig	3	8	8	5
Helt uenig	67	40	49	27
Irrelevant	69	31	13	51
I alt	100	100	100	100
Antal	994	309	278	1.581

Kolonne-forskellene er signifikante ved et  $\chi^2$ -test på 5 procents niveau. Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Der er således ikke en klar sammenhæng mellem varighed af sygedagpengeperioden og vurderingen af kommunens indsats. Det er nærliggende at antage, at graden af den kommunale indsats, dvs. hvilke foranstaltninger der benyttes og hvornår, samt indikation af, at den sygemeldte har behov for en (særlig) indsats, har betydning for vurderingen af indsatsen.

Kommunens indsats har ikke en entydig indflydelse på de sygemeldtes vurdering

For nærmere at belyse disse faktorerers betydning er der foretaget logistiske regressionsanalyser. Tidspunkt for opfølgningssamtale og opfølgningsplan, hvorvidt der er indhentet lægelige oplysninger, iværksat revalidering, forrevalidering, delvis raskmelding, samt hvorvidt kommunen har haft kontakt til sygemeldtes arbejdsgiver, er medtaget som mål for graden af kommunens indsats. Den sygemeldtes behov for en (særlig) indsats er målt ved dels helbredsmæssige faktorer, dels mål for den sygemeldtes personlige ressourcer og tilknytning til arbejdsmarkedet, se kapitel 6 for en nærmere redegørelse for disse variabler som indikator for behov for en indsats. Endelig er der korrigeret for den sygemeldtes beskæftigelsessituation på interviewtidspunktet, da det ikke kan udelukkes at have positiv betydning for vurderingen af kommunens indsats, hvis den sygemeldte er i arbejde, og tilsvarende negativ betydning, hvis den sygemeldte ikke er i arbejde.

I tabel 7.3 er angivet, hvilke forhold der har signifikant betydning for vurderingen af den samlede kommunale indsats, givet, at den sygemeldte har taget stilling.<sup>2</sup> Kun variabler som er signifikante, dvs. den reducerede model, er vist. Variabler, som har vist sig ikke at have nogen signifikant betydning, er angivet under tabellen. Et '+' angiver, at der er en signifikant positiv betydning, et '-' angiver at der er en signifikant negativ betydning, og referencekategorien er angivet med '•'.

Tabel 7.3

Sandsynligheden for, at den sygemeldte vurderer den samlede kommunale indsats god eller meget god. Reduceret logistisk regressionsmodel. (n=675)

Variabel		Effekt
Opfølgningssamtale afholdt***	Ja, inden 3 måneder	•
	Ja, efter 3 måneder <sup>NS</sup>	0
	Nej***	-
Forrevalidering iværksat***	Nej	•
	Ja***	+
Tidligere haft psykiske/personlige problemer***	Nej	•
	Ja***	+
Delvis raskmelding iværksat*	Nej	•
	Ja*	+
Tidligere været langvarigt sygemeldt***	Nej	•
	Ja***	+
Antal kontakter til speciallæge*		+

Anm.: NS: Ikke signifikant, \*<0,10, \*\*<0,05, \*\*\*<0,01. Analysen er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Der er korrigeret for beskæftigelsesstatus på interviewtidspunkt.

Ikke signifikante variabler: udarbejdelse af opfølgningsplan og tidspunkt, tidligere misbrug af alkohol, stoffer eller lignende, antal indlæggelser på sygehus, antal kontakter til egen læge og fysioterapeut, indhentning af lægelige oplysninger, iværksættelse af revalidering, kommunens kontakt til arbejdsgiver, arbejdsmarkedstilknøytning.

2. En tilsvarende analyse er foretaget til belysning af, hvem der tager stilling til kommunens indsats. I sager, hvor kommunen har ydet en indsats, samt i sager, hvor der har været et behov, har den sygemeldte taget stilling. Graden af kommunens indsats har stor betydning, mens behovet for en indsats har betydning, dog i mindre grad.

Tabel 7.4

Sandsynligheden for, at den sygemeldte er helt/delvis enig i udsagnet 'Kommunen har virkelig hjulpet mig til at komme videre'. Reduceret logistisk regressionsmodel. (n=600)

Variabel		Effekt
Opfølgingsplan udarbejdet*	Ja, inden 6 måneder	•
	Ja, efter 6 måneder <sup>NS</sup>	0
	Nej**	-
Forrevalidering iværksat***	Nej	•
	Ja***	+
Delvis raskmelding iværksat***	Nej	•
	Ja***	+
Tidligere haft psykiske/personlige problemer**	Nej	•
	Ja**	+
Antal kontakter til fysioterapeut**		-

Anm.: NS: Ikke signifikant, \* $<0,10$ , \*\* $<0,05$ , \*\*\* $<0,01$ . Analysen er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Der er korrigeret for beskæftigelsesstatus på interviewtidspunkt.

Ikke signifikante variabler: afholdelse af opfølgningssamtale og tidspunkt, tidligere været langvarigt sygemeldt, tidligere misbrug af alkohol, stoffer eller lignende, antal indlæggelser på sygehus, antal kontakter til speciallæge og egen læge, indhentning af lægelige oplysninger, iværksættelse af revalidering, kommunens kontakt til arbejdsgiver, arbejdsmarkedstilknøytning.

Blandt de, som *har* taget stilling, har afholdelse af opfølgningssamtale, uanset tidspunktet, positiv betydning. Ligeledes øger iværksættelse af forrevalidering samt delvis raskmelding sandsynligheden for en positiv vurdering. Blandt 'behovsvariabler' er en indikation af dårligt helbred (antal kontakter til speciallæge), tidligere psykiske problemer samt tidligere langvarigt sygemeldt af positiv betydning.

De forhold, som har betydning for vurderingen af de fire konkrete udsagn om kommunens indsats, givet, at den sygemeldte har taget stilling, er vist i tabel 7.4, 7.5, 7.6 og 7.7.<sup>3</sup>

3. Tilsvarende analyser er foretaget til belysning af, hvem der tager stilling. Både graden af kommunens indsats samt behovet har stor betydning. Ydet indsats samt behov herfor fremmer stillingtagen.

Tabel 7.5

Sandsynligheden for, at den sygemeldte er helt/delvis enig i udsagnet 'Kommunens sagsbehandlere lyttede ikke ordentligt til mig'. Reduceret logistisk regressionsmodel. (n=598)

Variabel		Effekt
Delvis raskmelding iværksat***	Nej	•
	Ja***	-

Anm.: NS: Ikke signifikant, \*<0,10, \*\*<0,05, \*\*\*<0,01. Analysen er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag. Der er korrigeret for beskæftigelsesstatus på interviewtidspunkt.

Ikke signifikante variable: afholdelse af opfølgningssamtale og tidspunkt, udarbejdelse af opfølgningsplan og tidspunkt, tidligere været langvarigt sygemeldt, tidligere misbrug af alkohol, stoffer eller lignende, tidligere haft psykiske/personlige problemer, antal kontakter til speciallæge, egen læge og fysioterapeut, antal indlæggelser på sygehus, indhentning af lægelige oplysninger, iværksættelse af revalidering og forrevalidering, kommunens kontakt til arbejdsgiver, arbejdsmarkedstilknytning.

Tabel 7.6

Sandsynligheden for, at den sygemeldte er helt/delvis enig i udsagnet 'Jeg havde stor indflydelse på, hvad der skete i min sag.' Reduceret logistisk regressionsmodel. (n=596)

Variabel		Effekt
Opfølgningssamtale afholdt***	Ja, inden 3 måneder	•
	Ja, efter 3 måneder <sup>NS</sup>	0
	Nej***	-
Indhentning af lægelige oplysninger*	Nej	•
	Ja*	-
Tidligere været langvarigt sygemeldt*	Nej	•
	Ja*	-

Anm.: NS: Ikke signifikant, \*<0,10, \*\*<0,05, \*\*\*<0,01. Analysen er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Der er korrigeret for beskæftigelsesstatus på interviewtidspunkt.

Ikke signifikante variable: udarbejdelse af opfølgningsplan og tidspunkt, tidligere misbrug af alkohol, stoffer eller lignende, tidligere haft psykiske/personlige problemer, antal indlæggelser på sygehus, antal kontakter til speciallæge, egen læge og fysioterapeut, iværksættelse af revalidering og forrevalidering, kommunens kontakt til arbejdsgiver, arbejdsmarkedstilknytning, iværksættelse af delvis raskmelding.

Tabel 7.7

Sandsynligheden for, at den sygemeldte er helt/delvis enig i udsagnet 'Kommunen har mere kontrolleret mig i stedet for at hjælpe mig.' Reduceret logistisk regressionsmodel. ( n=602)

Variabel		Effekt
Opfølgningssamtale afholdt**	Ja, inden 3 måneder	•
	Ja, efter 3 måneder**	-
	Nej <sup>NS</sup>	0
Indhentning af lægelige oplysninger**	Nej	•
	Ja**	+
Antal kontakter til fysioterapeut**		+

Anm.: NS: Ikke signifikant, \*<0,10, \*\*<0,05, \*\*\*<0,01. Analysen er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Der er korrigeret for beskæftigelsesstatus på interviewtidspunkt.

Ikke signifikante variabler: udarbejdelse af opfølgningsplan og tidspunkt, tidligere været langvarigt sygemeldt, tidligere misbrug af alkohol, stoffer eller lignende, antal kontakter til speciallæge og egen læge, antal indlæggelser på sygehus, iværksættelse af revalidering og forrevalidering, kommunens kontakt til arbejdsgiver, arbejdsmarkedstilknytning, iværksættelse af delvis raskmelding, tidligere haft psykiske/personlige problemer.

Sandsynligheden for en positiv vurdering af udsagnet "Kommunen har virkelig hjulpet mig til at komme videre" er større, hvis der i sagen er udarbejdet opfølgningsplan (uanset tidspunkt) samt iværksat forrevalidering og delvis raskmelding. Sygemeldte med behov for en indsats vurderer udsagnet forskelligt, alt efter hvad der udløser behovet. Sygemeldte med tidligere psykiske problemer vurderer udsagnet positivt med større sandsynlighed, mens sygemeldte med et relativt stort antal kontakter til fysioterapeut vurderer udsagnet negativt med større sandsynlighed. Angående udsagnet 'Kommunens sagsbehandlere lyttede ikke ordentligt til mig', er det bemærkelsesværdigt nok kun iværksættelse af delvisraskmelding som har betydning. Er delvis raskmelding iværksat, er der mindre sandsynlighed for, at den sygemeldte er enig i udsagnet, dvs. mere positivt indstillet i forhold til, at der blev lyttet ordentligt til ham/hende.

Sandsynligheden for en positiv vurdering af udsagnet "Jeg havde stor indflydelse på, hvad der skete i min sag" er større, hvis der i sagen er afholdt opfølgningssamtale (uanset tidspunkt). Det giver derimod bagslag i forhold til oplevelsen af indflydelse på egen sag, hvis kommunen indhenter lægelige oplysninger. Tidligere langvarigt sygemeldte har ligeledes mindre sandsynlighed for at vurdere udsagnet positivt.

Sygemeldte, hvor der er afholdt opfølgningssamtale sent, er uenige i udsagnet 'Kommunen har mere kontrolleret mig i stedet for at hjælpe mig.' Når det handler om at vurdere graden af kommunal kontrol, er det således ikke uden betydning, hvornår indsatsen sættes ind. Indhentning af lægelige oplysninger betragtes tilsyneladende mere som kontrol end som en hjælp. Sygemeldte med behov for en indsats (antal kontakter til fysioterapeut) er ligeledes med større sandsynlighed enige i udsagnet.

### Opsummering

De sygemeldte er gennemgående positive over for kommunens indsats, dog er der en ikke ubetydelig andel, som ikke har taget stilling. Det er især de langvarigt sygemeldte, som har taget stilling. Sygemeldte med kortere forløb har tilsyneladende haft for lidt kontakt til, at de kan vurdere kommunens indsats. Blandt dem, som har taget stilling til kommunens indsats, er det gennemgående de langvarigt sygemeldte, som er mest positive, når det gælder en samlet vurdering af kommunens indsats. De langvarigt sygemeldte føler dog i højere grad, at sagsbehandlerne ikke lyttede ordentligt til dem, og at de i mindre grad havde indflydelse på deres egen sag end de kortvarigt sygemeldte.

Kommunens indsats har ikke en entydig indflydelse på de sygemeldtes vurdering. Iværksættelse af forrevalidering, delvis raskmelding, udarbejdelse af opfølgningsplan samt afholdelse af opfølgningssamtale har generelt positiv indflydelse på vurderingen af kommunens indsats. Derimod oplever de sygemeldte i højere grad, at kommunen mere kontrollerer end hjælper, samt at man ikke har indflydelse på egen sag, når der indhentes lægelige oplysninger i sagen.

Der er ligeledes ingen systematisk sammenhæng mellem indikatorer for de sygemeldtes behov for en indsats og vurderingen af kommunens indsats. Sygemeldte med tidligere psykiske problemer er i højere grad positive, mens sygemeldte med et relativt stort antal besøg hos fysioterapeut i højere grad er negative. Tidligere langvarigt sygemeldte oplever i større grad, at de ikke har indflydelse på deres egen sag, men er dog i højere grad positive over for kommunens samlede indsats.



## Vurdering af arbejdsgiverens indsats

I forbindelse med kommunens opfølgning er der de senere år lagt større vægt på at inddrage arbejdsgivere. Ændrede arbejdsforhold og særlig hensyntagen til den sygemeldtes helbredsproblemer kan medvirke til en bevarelse af ansættelsesforholdet. Det hyppigst forekommende arbejdsgivertilbud er nedsat arbejdstid. 27 procent har fået sådan et tilbud, heraf er to tredjedele blevet iværksat, se tabel 7.8. Derudover giver arbejdsgiver kun i beskedent omfang andre tilbud til de sygemeldte. Ud over nedsat arbejdstid angiver 10-12 procent af de sygemeldte således at have fået et tilbud om enten et andet job på virksomheden, særlig indretning/tilpasning af arbejdspladsen eller nyt job, hvor der ikke kræves fuld arbejdsindsats. Lidt flere, 17-19 procent, angiver, at de ikke havde behov for nogle af disse tilbud. Af de resterende 68-70 procent kan vi ikke afgøre, hvor mange der har haft behov for nogle af disse tilbud. Grunden er, at svarene er indhentet ved telefoninterview. Det betyder, at de interviewede ikke nødvendigvis er blevet præsenteret for alle 4 svarkategorier. Det er derfor usikkert, om nogle, og i givet fald hvor mange, svarer nej, selvom de ikke har haft behov for de pågældende tilbud.

Tabel 7.8

Diverse arbejdsgivertilbud til sygemeldte lønmodtagere. I procent.

Tilbød arbejdsgiveren dig følgende	Tilbudt og iværksat	Tilbudt, ej iværksat	Nej	Nej, havde ikke behov	I alt	Antal
Et andet job på virksomheden	6	6	69	18	99	1.442
Nedsat arbejdstid	18	9	56	15	98	1.442
Særlig indretning eller tilpasning af arbejdsplads	7	4	68	19	98	1.442
Nyt job, hvor der ikke kræves fuld arbejdsindsats	5	5	70	17	97	1.442

Anm.: Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Sygemeldte, som stadig er ansat, er mest positive overfor arbejdsgiverens indsats.

Af de sygemeldte lønmodtagere er 48 procent på interviewtidspunktet stadig ansat hos sygemeldingsarbejdsgiveren: 35 procent er blevet fyret, og 17 procent har selv sagt op. Man kunne forvente, at holdningen til arbejdsgiverens indsats i forbindelse med sygemeldingen er præget af, hvorvidt den sygemeldte har bevaret jobbet. Det er da også de sygemeldte, som stadig er ansat hos sygemeldingsarbejdsgiveren, som er mest positive over for hans/hendes indsats, men også sygemeldte, hvor ansættelsesforholdet er ophørt, er for en dels vedkommende positive over for arbejdsgiverens indsats, se tabel 7.9a-7.9c.

En enkelt procent af de sygemeldte, som stadig er ansat hos arbejdsgiveren, er delvis enig i udsagnet: "Arbejdsgiveren forsøgte at presse mig til selv at sige op", men hverken blandt de fyrede eller dem, som selv sagde op, er der stor tilslutning til udsagnet.

Ligeledes er der meget lille tilslutning til udsagnet: "Arbejdsgiveren forsøgte at presse mig til at arbejde, før jeg var rask nok", blandt de, som stadig er ansat hos arbejdsgiveren, og lidt større tilslutning blandt dem, som blev fyret eller selv sagde op.

Stor tilslutning er der derimod til udsagnet: "Arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne, for at det skulle blive muligt at vende tilbage", blandt dem, som stadig er ansat, og noget mindre blandt de fyrede og dem, som selv sagde op. Man kunne forvente, at holdningen til arbejdsgiverens indsats blandt dem, som har afsluttet ansættelsesforholdet, overvejende ville være negativ. Der er da også henholdsvis 50 og 36 procent af dem, som blev fyret og sagde op, som er uenige i dette udsagn. Men det er bemærkelsesværdigt, at henholdsvis 38 og 46 procent af dem, som blev fyret og selv sagde op, helt eller delvist er enige i, at arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne for at bevare ansættelsesforholdet. Som nævnt i kapitel 6, spores en positiv holdning i forhold til fastholdelsen af langvarigt sygemeldte medarbejdere hos virksomhederne, se Boll og Clausen (2003). Viljen har tilsyneladende været der fra arbejdsgiverens side i en del tilfælde, som alligevel er endt med en afslutning af ansættelsesforholdet.

Tabel 7.9a

Udsagn om arbejdsgiverens adfærd, opdelt på ansættelsesstatus. I procent.

Arbejdsgiveren forsøgte at presse mig til selv at sige op	Ansættelsesstatus			
	Fyret	Sagde op	Stadig ansat	I alt
Helt enig	9	5	0	4
Delvis enig	7	6	1	4
Delvis uenig	7	7	2	5
Helt uenig	68	72	93	81
Ved ikke	9	10	3	6
I alt	100	100	100	100
Antal	496	241	673	1.410

Anm.: Kolonne-forskellene er signifikante ved et  $\chi^2$ -test på 5 procents niveau. Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Tabel 7.9b

Udsagn om arbejdsgiverens adfærd, opdelt på ansættelsesstatus. I procent.

Arbejdsgiveren forsøgte at presse mig til at arbejde, før jeg var rask nok	Ansættelsesstatus			
	Fyret	Sagde op	Stadig ansat	I alt
Helt enig	11	8	3	7
Delvis enig	6	3	2	4
Delvis uenig	5	5	5	5
Helt uenig	67	70	87	77
Ved ikke	11	14	3	8
I alt	100	100	100	100
Antal	496	241	673	1.410

Anm.: Kolonne-forskellene er signifikante ved et  $\chi^2$ -test på 5 procents niveau. Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Holdningen til arbejdsgiverens indsats er således overvejende positiv blandt de sygemeldte, som bevarede ansættelsesforholdet, og mindre positiv blandt dem, som ikke bevarede ansættelsesforholdet.

Tabel 7.9c

Udsagn om arbejdsgiverens indsats, opdelt på ansættelsesstatus. I procent.

Arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne, for at det skulle blive muligt at vende tilbage	Ansættelsesstatus			
	Fyret	Sagde op	Stadig ansat	I alt
Helt enig	28	34	79	53
Delvis enig	10	12	9	10
Delvis uenig	6	6	2	4
Helt uenig	44	30	5	23
Ved ikke	12	19	5	10
I alt	100	100	100	100
Antal	496	241	673	1.410

Anm.: Kolonne-forskellene er signifikante ved et  $\chi^2$ -test på 5 procents niveau. Beregningerne er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

### Arbejdsgivertilbud bidrager positivt til de sygemeldtes vurdering

For nærmere at belyse disse, samt andre, forholds betydning for vurderingen af arbejdsgiverens adfærd, er der foretaget logistiske regressionsanalyser. Det er nærliggende at antage, at de ovenfor beskrevne arbejdsgivertilbud har betydning. Derudover kan man forestille sig, at arbejdsgiverne i særlig grad er interesserede i at fastholde medarbejdere med høj anciennitet på arbejdspladsen samt medarbejdere med særlige kvalifikationer og derfor gør mere for at fastholde disse medarbejdere. Dette er der taget højde for ved at inddrage alder og uddannelse. Ifølge Boll og Clausen (2003) giver nogle af de interviewede virksomheder udtryk for, at de ikke har den nødvendige viden om, hvad der skal til for at kunne fastholde medarbejdere med midlertidigt eller varigt nedsat arbejdsevne. Det kan derfor tænkes at påvirke arbejdsgiverens adfærd og dermed den sygemeldtes vurdering af arbejdsgiverens indsats, hvis kommunen kontakter arbejdsgiveren.

Kontakten mellem den sygemeldte og arbejdsgiver er vigtig i forhold til fastholdelse og kan naturligvis forekomme, uanset om kommunen kontakter arbejdsgiveren eller ej. For at belyse kontakten mellem den sygemeldte og arbejdsgiver har vi medtaget delvis raskmelding. Delvis raskmelding er et væsentligt instrument, som giver mulighed

for en hurtigere tilbagevenden til arbejdspladsen og dermed bedre mulighed for at bevare tilknytningen til arbejdspladsen, end hvis fuldstændig raskmelding skulle afventes. Det viser sig dog, at hverken kommunens kontakt til arbejdsgiver eller delvis raskmelding har signifikant indflydelse på de sygemeldtes vurdering af arbejdsgiverens indsats. Endelig er der korrigeret for den sygemeldtes beskæftigelses-situation på interviewtidspunktet, da det kan have positiv betydning for vurderingen af arbejdsgiverens indsats, hvis den sygemeldte er i arbejde, og tilsvarende negativ betydning, hvis den sygemeldte ikke er i arbejde

I tabel 7.10, 7.11 og 7.12 er angivet, hvilke forhold der viser sig at have betydning for vurderingen af arbejdsgiverens adfærd.

Tabel 7.10

Sandsynligheden for, at den sygemeldte er helt/delvis enig i udsagnet 'Arbejdsgiveren forsøgte at presse mig til selv at sige op.' Reduceret logistisk regressionsmodel. (n=1172)

Variabel		Effekt
Ledighed under sygemelding***	Stadig ansat	•
	Fyret/sagde selv op***	+
Uddannelse*	Ingen	•
	Faglig <sup>NS</sup>	0
	Videregående*	+
Arbejdsgiver tilbød en særlig indretning/tilpasning af arbejdsplads***	Nej	•
	Ja, iværksat <sup>NS</sup>	0
	Ja, tilbudt men ikke iværksat <sup>NS</sup>	0
	Sygemeldte havde ikke behov for tilbuddet***	+
Arbejdsgiver tilbød et nyt job, hvor der ikke kræves fuld arbejdsindsats***	Nej	•
	Ja, iværksat <sup>NS</sup>	0
	Ja, tilbudt <sup>NS</sup>	0
	Sygemeldte havde ikke behov for tilbuddet***	-

Anm.: NS: Ikke signifikant, \* $<0,10$ , \*\* $<0,05$ , \*\*\* $<0,01$ . Analysen er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag.

Der er korrigeret for beskæftigelsesstatus på interviewtidspunkt.

Ikke signifikante variabler: alder, tidligere langvarigt sygemeldt, tidligere haft psykiske/personlige problemer, delvis raskmelding iværksat, kommunen har kontaktet arbejdsgiver, arbejdsgiver tilbød et andet job på virksomheden, arbejdsgiver tilbød nedsat arbejdstid.

Tabel 7.11

Sandsynligheden for, at den sygemeldte er helt/delvis enig i udsagnet 'Arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne, for at det skulle blive muligt for mig at vende tilbage.' Reduceret logistisk regressionsmodel. (n=1136)

Variabel		Effekt
Ledighed før/under sygemelding***	Stadig ansat	•
	Fyret/sagde selv op***	-
Tidligere haft psykiske/personlige problemer***	Nej	•
	Ja***	-
Arbejdsgiver tilbød et andet job på virksomheden**	Nej	•
	Ja, iværksat**	+
	Ja, tilbudt**	+
	Sygemeldte havde ikke behov for tilbuddet <sup>NS</sup>	0
Arbejdsgiver tilbød nedsat arbejdstid***	Nej	•
	Ja, iværksat***	+
	Ja, tilbudt***	+
	Sygemeldte havde ikke behov for tilbuddet***	+
Arbejdsgiver tilbød en særlig indretning/ tilpasning af arbejdsplads***	Nej	•
	Ja, iværksat***	+
	Ja, tilbudt*	+
	Sygemeldte havde ikke behov for tilbuddet**	-

Anm.: NS: Ikke signifikant, \*<0,10, \*\*<0,05, \*\*\*<0,01. Analysen er foretaget på et vægtet grundlag, se Bilag. Der er korrigeret for beskæftigelsesstatus på interviewtidspunkt.

Ikke signifikante variabler: alder, uddannelse, tidligere langvarigt sygemeldt, delvis raskmelding iværksat, kommunen har kontakttet arbejdsgiver, arbejdsgiver tilbød et nyt job, hvor der ikke kræves fuld arbejdsindsats.

Som forventet er sygemeldte, som stadig er ansat i deres sygemeldingsjob, generelt mere positive over for arbejdsgiverens adfærd. Derudover viser analyserne, at:

I udsagnet '*Arbejdsgiveren forsøgte at presse mig til selv at sige op*' er:

- sygemeldte med videregående uddannelse enige med større sandsynlighed
- sygemeldte, som ikke havde behov for et nyt job på virksomheden, hvor der ikke kræves fuld arbejdsindsats, enige med mindre sandsynlighed.

Tabel 7.12

Sandsynligheden for at den sygemeldte er helt/delvis enig i udsagnet 'Arbejdsgiveren forsøgte at presse mig til at begynde at arbejde, før jeg var rask nok.' Reduceret logistisk regressionsmodel. (n=1160)

Variabel		Effekt
Alder***		-
Ledighed før/under sygemelding***	Stadig ansat	•
	Fyret/sagde selv op***	+
Arbejdsgiver tilbød et nyt job, hvor der ikke kræves fuld arbejdsindsats***	Nej	•
	Ja, iværksat <sup>NS</sup>	0
	Ja, tilbudt <sup>NS</sup>	0
	Sygemeldte havde ikke behov for tilbuddet***	-

Anm.: NS: Ikke signifikant, \*<0,10, \*\*<0,05, \*\*\*<0,01. Analysen er foretaget på et vægtet grundlag, se bilag.

Der er korrigeret for beskæftigelsesstatus på interviewtidspunkt.

Ikke signifikante variabler: uddannelse, tidligere langvarigt sygemeldt, tidligere haft psykiske/personlige problemer, delvis raskmelding iværksat, kommunen har kontaktet arbejdsgiver, arbejdsgiver tilbød et andet job på virksomheden, arbejdsgiver tilbød nedsat arbejdstid, arbejdsgiver tilbød en særlig indretning/tilpasning af arbejdsplads.

I udsagnet '*Arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne, for at det skulle blive muligt for mig at vende tilbage*' er:

- sygemeldte, som blev tilbudt en særlig indretning/tilpasning af arbejdspladsen, og sygemeldte, som blev tilbudt et andet job på virksomheden, positive med større sandsynlighed
- sygemeldte, som ikke fik tilbudt nedsat arbejdstid, og sygemeldte, som ikke havde behov for en særlig indretning/tilpasning af arbejdspladsen, er negative med større sandsynlighed

I udsagnet '*Arbejdsgiveren forsøgte at presse mig til at begynde at arbejde, før jeg var rask nok*' er:

- Sygemeldte, som ikke havde behov for et nyt job på virksomheden, hvor der ikke kræves fuld arbejdsindsats, og sygemeldte i en relativ høj alder, enige med mindre sandsynlighed.

Som forventet viser analysen således, at arbejdsgivertilbud, hvad enten de er iværksat eller ej, bidrager positivt til vurderingen af arbejdsgiverens adfærd, mens ingen tilbud bidrager negativt. Derimod er sygemeldte, som angiver ikke at have haft behov for et givet tilbud, i visse tilfælde oftere positive over for arbejdsgiverens adfærd. Der er dog én undtagelse: Sygemeldte, som ikke havde behov for en særlig indretning/tilpasning af arbejdspladsen, er oftere negative over for udsagnet om, at arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne, for at fastholde den sygemeldte.

Ud over arbejdsgivertilbud har alder og uddannelse betydning. Arbejdsgiverne er, ifølge de sygemeldtes vurdering, mindre tilbøjelige til at presse ældre medarbejdere til at begynde at arbejde, før de er raske. Overraskende nok er arbejdsgiverne i højere grad tilbøjelige til at forsøge at presse medarbejdere med en videregående uddannelse til selv at sige op. Forklaringen kan være, at sygemeldte med en videregående uddannelse har en funktion på arbejdspladsen, som er svær at undvære i længere tid. Hvis det er omkostningsfuldt og tidskrævende at finde en erstatning, kan det tænkes, at arbejdsgiver foretrækker at afslutte ansættelsesforholdet frem for at bruge ressourcer på at finde en midlertidig erstatning for den sygemeldte.

### Opsummering

Det hyppigst forekommende arbejdsgivertilbud er nedsat arbejdstid. 27 procent har fået sådan et tilbud, og heraf er to tredjedele blevet iværksat. Derudover oplyser de sygemeldte, at de kun i beskedent omfang er blevet tilbudt (1) andet job på virksomheden, (2) særlig indretning/tilpasning af arbejdspladsen, eller (3) nyt job, hvor der ikke kræves fuld arbejdsindsats.

Som forventet er sygemeldte, som stadig er ansat hos arbejdsgiveren, mest positive over for dennes indsats. Men også en del af de sygemeldte, hvor ansættelsesforholdet er ophørt, er positive over for arbejdsgiverens indsats. Specielt er det værd at bemærke, at 38 procent af de, som blev fyret, og 46 procent af de, som selv sagde op, er helt eller delvist enige i, at arbejdsgiveren gjorde, hvad han/hun kunne, for at bevare ansættelsesforholdet. Viljen har tilsyneladende været der fra arbejdsgiverens side i en del tilfælde, som alligevel er endt med en afslutning af ansættelsesforholdet.



Arbejdsgivers tilbud, hvad enten de er iværksat eller ej, bidrager, som forventet, positivt til vurderingen af arbejdsgiverens adfærd, mens ikke afgivne tilbud bidrager negativt.

Ud over arbejdsgivertilbud, har alder og uddannelse betydning. Arbejdsgiverne er, ifølge de sygemeldtes vurdering, mindre tilbøjelige til at presse ældre medarbejdere til at begynde at arbejde, før de er raske. Generelt er det (at presse syge medarbejdere til at arbejde) dog ikke en arbejdsgiveradfærd, som er særligt udbredt. Ligeledes presser arbejdsgiverne ikke i stort omfang de sygemeldte til at sige op. Overraskende er dog, at arbejdsgiverne i højere grad er tilbøjelige til at forsøge at presse medarbejdere med en videregående uddannelse til selv at sige op. Forklaringen kan være, at sygemeldte med en videregående uddannelse har en funktion på arbejdspladsen, som er svær at undvære i længere tid. Hvis det er omkostningsfuldt og tidskrævende at finde en erstatning, kan det tænkes, at arbejdsgiver foretrækker at afslutte ansættelsesforholdet frem for at bruge ressourcer på at finde en midlertidig erstatning for den sygemeldte.



# INTEGRATION PÅ ARBEJDSMARKEDET

Hvordan går det langvarigt sygemeldte på arbejdsmarkedet? Hvor mange kommer tilbage i arbejde, og hvordan kan det være, at nogle sygemeldte kommer i arbejde, mens andre mister tilknytningen til arbejdsmarkedet? Hjælper kommunens indsats, og hvilken betydning har de virksomheder, hvorfra lønmodtagerne blev sygemeldt? Det er nogle af de spørgsmål, som tages op i dette kapitel.

I Danmark er fastholdelse og integration af sygemeldte på arbejdsmarkedet i høj grad et offentligt ansvar. Sygedagpenge, førtidspension, revalidering, fleks- og skånejob er udelukkende eller i meget stort omfang offentligt finansieret. Kommunerne er krumtappen i den danske politik. Fra politisk side har man blandt andet betonet, at kommunen inddrager den sygemeldte, og at opfølgningen skal ske hurtigt i sygeforløbet for at forebygge udstødning fra arbejdsmarkedet. Det var baggrunden for, at man i 1997 fremrykkede kommunernes opfølgningspligt fra hver 13. uge til hver 8. uge. Et vigtigt spørgsmål, som belyses i dette kapitel, er derfor, om tidlig opfølgning øger de sygemeldtes integration på arbejdsmarkedet.

Et andet spørgsmål drejer sig om, hvilken rolle virksomhederne spiller for de sygemeldtes fastholdelse på arbejdsmarkedet. I løbet af 1990'erne har man forsøgt at få virksomheder til at tage et større ansvar for fastholdelse og integration af personer med helbredsproblemer. Det er blandt andet sket ved ordninger med løntilskud som fx fleksjob, tilskud til forsøg med partnerskabsmodeller, holdnings-

kampagner som fx “Virksomhedernes sociale ansvar” og oprettelsen af lokale koordinationsudvalg. Her vil vi undersøge, om der er virksomheder, som i særlig grad fastholder sygemeldte, og om nogle virksomheder “producerer” mere marginalisering af sygemeldte end andre virksomheder.

## Analysens ramme

Analysen af sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet sker med udgangspunkt i den teoretiske model fra kapitel 2. I korte træk forklarer modellen sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet ud fra den sygemeldtes personlige ressourcer (helbred, uddannelse og andre kompetencer), og den betydning “arbejde” har for den pågældende person. En person med mange ressourcer, som tillægger arbejdet stor betydning, har stor chance for at komme (tilbage) i arbejde. Uanset den sygemeldtes ressourcer kan forskellige strukturelle forhold enten fremme eller hæmme integrationen på arbejdsmarkedet.

Nogle strukturelle forhold kan tænkes at fremme integrationen, fordi de forøger den sygemeldtes ressourcer og dermed chancen for at komme i arbejde. Det kan fx være medicinsk behandling og revalidering. Andre forhold kan fremme integration, fordi de forbedrer beskæftigelsesmulighederne for personer med helbredsproblemer. Det kan være tilskud til arbejdsgivere, som fastholder eller integrerer personer med nedsat arbejdsevne, stor efterspørgsel efter arbejdskraft eller regler, som begrænser arbejdsgiveres muligheder for at fyre sygemeldte medarbejdere. På samme måde kan nogle forhold hæmme integration, fordi de giver personer med helbredsproblemer gode muligheder for at trække sig ud af arbejdsmarkedet (exit-muligheder). Det kan være (gode) ordninger med overførselsindkomst, fx sygedagpenge, kontanthjælp eller førtidspension, eller opsparing og indkomst fra ægtefælle.

Analysen i dette kapitel fokuserer på, hvilken betydning kommunens socialfaglige indsats og sygemeldingsarbejdsgiveren har for sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet. Samtidig inddrages en række af de øvrige faktorer, som formodes at have en betydning. Det gælder de sygemeldtes ressourcer, mulighederne for beskæftigelse hos en ny arbejdsgiver, og mulighederne for at få tilkendt førtidspension.

## Et første kig på tallene

Inden en samlet analyse af de sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet præsenteres de forhold, der inddrages i analysen, og hvordan de formodes at påvirke de sygemeldtes chance for at komme i arbejde. Derudover kaster vi et første blik på, hvordan sammenhængen er mellem disse forhold, og hvor ofte de sygemeldte kommer i arbejde hos henholdsvis den gamle arbejdsgiver (sygemeldingsarbejdsgiveren) og hos en ny arbejdsgiver. Denne opdeling er hensigtsmæssigt, fordi der i nogle tilfælde kan være forskel på de forhold, som påvirker, om sygemeldte lønmodtagere kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver eller hos den gamle arbejdsgiver. Resultaterne fra Høgelund og Holm (2002) tyder således på, at der er tale om to delvist forskellige processer, som i et vist omfang er bestemt af forskellige forhold. Tilsyneladende afklarer den sygemeldte og arbejdsgiveren i mange tilfælde først, om den sygemeldte kan vende tilbage til den gamle arbejdsgiver, og først hvis dette ikke er muligt, forsøger den sygemeldte at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Undersøgelsen viser, at nogle forhold, fx helbred, har samme betydning med hensyn til at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver og hos en ny arbejdsgiver. I begge tilfælde er chancen størst, når helbredet er godt. Andre forhold har forskellig betydning. Sygemeldte med lang anciennitet har stor sandsynlighed for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver, men lille sandsynlighed for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver.

**Personlige ressourcer: helbred og faglige kvalifikationer**  
Som mål for de sygemeldtes helbred inddrages 7 variabler, som antages at afspejle de sygemeldtes helbred inden sygemeldingens begyndelse.<sup>1</sup> Det drejer sig om antal kontakter til henholdsvis almenpraktiserende læge og til speciallæge året inden sygemeldingens begyndelse, diagnose, om de pågældende personer tidligere har været langvarigt

---

1. Da vi ønsker at belyse, om lønmodtagere, som er sygemeldt på grund af meget alvorlige helbredsproblemer, klarer sig dårligere på arbejdsmarkedet, end sygemeldte lønmodtagere med mindre alvorlige helbredsproblemer, ville det – ud over indikatorerne for helbred inden sygemeldingens begyndelse – have været ønskeligt med mål for helbredet ved sygemeldingens begyndelse. Da undersøgelsens data er indsamlet efter sygemeldingens afslutning, er det imidlertid ikke muligt at indsamle pålidelige oplysninger om helbredet ved sygemeldingens begyndelse (jf. også diskussion i kapitel 2).

sygemeldt, tidligere har været behandlet for psykiske problemer, om de har misbrugt alkohol, stoffer eller lignende, og om sygemeldingen skyldes en arbejdsulykke. De tre sidste variabler behøver ikke kun at være indikatorer for helbred. Behandling for psykiske problemer og tidligere misbrug af alkohol, stoffer eller lignende kan således også være tegn på sociale problemer, fx begrænset socialt netværk. Uanset om variablerne afspejler helbred eller sociale forhold, må de formodes at være udtryk for den sygemeldtes ressourcer (dette diskuteres yderligere i kapitel 2). Arbejdsulykker kan på den ene side resultere i specielle helbredsproblemer. På den anden side får sygemeldinger, som skyldes arbejdsulykker, en særlig sagsbehandling, idet de både

Tabel 8.1

Sygemeldte lønmodtageres arbejdsmarkedsstatus. Særskilt for udvalgte variabler for personlige ressourcer. I procent.

	Arbejdsmarkedsstatus			I alt	Antal
	Gammel arbejdsgiver	Ny arbejdsgiver	Ikke i arbejde		
<b>Antal kontakter til alm. læge året inden sygemeldingen***</b>					
0-2 kontakter	65	11	24	100	230
3-5 kontakter	49	14	37	100	229
6-9 kontakter	45	21	34	100	242
10 kontakter og derover	44	17	39	100	248
<b>Diagnose***</b>					
Psykisk	32	30	39	101	177
Bevægeapparat	49	15	36	100	405
Anden sygdom	62	9	29	100	319
Ved ikke	57	13	30	100	50
<b>Erhvervsuddannelse**</b>					
Ingen	43	18	39	100	237
Faglig	49	14	37	100	394
Videregående	58	17	25	100	315
I alt	51	16	34	101	951

Note: Tabellen bygger på vægtet datamateriale (se Bilag). Signifikansniveau NS: Ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001.

behandles af kommunen og af arbejdsskadestyrelsen, hvilket kan påvirke sagens forløb (Filges og Høgelund, 2003).

De variabler, som måler de sygemeldtes øvrige ressourcer, omfatter uddannelse og stilling. Tabel 8.1 viser andelen af undersøgelsens sygemeldte lønmodtagere, som efter sygemeldingen er kommet i ustøttet arbejde hos den gamle arbejdsgiver, hos en ny arbejdsgiver, eller som ikke er kommet i ustøttet arbejde (de øvrige variabler, der måler personlige ressourcer, er vist i bilagstabel B.8.1 i bilaget).<sup>2</sup>

Nederst i tabel 8.1 kan man se, at 51 procent af de sygemeldte lønmodtagere er kommet tilbage i ustøttet arbejde hos den gamle arbejdsgiver, 16 procent er kommet i arbejde hos en ny arbejdsgiver, mens 34 procent ikke er kommet i ustøttet arbejde. Sygemeldte med begrænsede helbredsmæssige ressourcer (mange kontakter til almenpraktiserende læge året inden sygemeldingen) og begrænsede faglige ressourcer (ingen erhvervsuddannelse) kommer ikke nær så ofte i arbejde som sygemeldte med flere ressourcer. Der er således 39 procent, som ikke er kommet i arbejde, blandt sygemeldte med mindst 10 kontakter til egen læge året inden sygemeldingen, mod kun 24 procent blandt dem med 0-2 kontakter. Tilsvarende er 39 procent uden erhvervsmæssig uddannelse ikke kommet i ustøttet arbejde, mens det er tilfældet for 25 procent med en videregående uddannelse.

Helbred har tilsyneladende forskellig betydning for, om de sygemeldte kommer i arbejde hos den gamle arbejdsgiver eller hos en ny arbejdsgiver. Sygemeldte med forholdsvis godt helbred bliver ofte fastholdt hos den gamle arbejdsgiver, mens dem med dårligere helbred forholdsvis ofte kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver. 65 procent af de sygemeldte med 0-2 kontakter til egen læge året inden sygemeldingen kommer således i arbejde hos den gamle arbejdsgiver mod

---

2. Tabeller og analyser i dette kapitel omfatter de sygemeldte lønmodtagere, hvor der foreligger oplysninger fra interview med den sygemeldte, hvor kommunen har afgivet oplysninger om sagsbehandlingen af den sygemeldte og har besvaret et spørgeskema om kommunens overordnede administration af sygedagpengeområdet, og hvor der foreligger registeroplysninger om sygemeldingsarbejdsstedet.

44-45 procent blandt dem med mindst 6 kontakter. Den modsatte tendens ses, når det gælder beskæftigelse hos en ny arbejdsgiver. Kun 11 procent af de sygemeldte med 0-2 kontakter til egen læge kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver mod 17-21 procent blandt dem med mindst 6 kontakter. Et tilsvarende billede tegner sig for betydningen af diagnose. Personer sygemeldt på grund af psykiske problemer kommer forholdsvis sjældent i arbejde hos den gamle arbejdsgiver, men de kommer til gengæld ofte i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Det modsatte gør sig gældende for de øvrige diagnosegrupper.

Endelig kan det ses, at sygemeldte med mange uddannelsesmæssige ressourcer ofte kommer i arbejde hos den gamle arbejdsgiver. 58 procent med en videregående uddannelse kommer således i arbejde hos den gamle arbejdsgiver mod kun 43 procent blandt dem uden en erhvervsuddannelse. Der er derimod ikke forskel på andelen af sygemeldte med en lav og en høj uddannelse, som kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver.

Beskæftigelsesmuligheder hos den gamle arbejdsgiver  
Chancerne for at komme i arbejde efter en sygemelding afhænger både af mulighederne for at finde nyt arbejde og for at vende tilbage til den gamle arbejdsgiver. Arbejdsgiveren kan således forsøge at fastholde den sygemeldte ved fx at tilbyde et andet job, at tilpasse arbejdsforholdene til den sygemeldtes eventuelle helbredsproblemer eller arbejde på nedsat tid. Andre arbejdspladser giver ikke et sådant tilbud, men vælger måske at fyre den sygemeldte. Arbejdsgiverens reaktion kan blandt andet afhænge af, hvordan forholdet er/var mellem den sygemeldte og dennes chef, om virksomheden har en sygefraværs-/fastholdelsespolitik, og om den sygemeldtes kvalifikationer er vigtige for virksomheden. Hvis det sidste er tilfældet, har virksomheden en stor tilskyndelse til at fastholde medarbejderen. I analysen måles dette aspekt ved anciennitet i sygemeldingsjobbet, idet den sygemeldte formodes at besidde flere virksomhedsinterne kvalifikationer, desto længere ansættelsen har varet.<sup>3</sup>

---

3. På samme måde vil den gamle arbejdsgiver have tilskyndelse til at fastholde medarbejdere med en høj uddannelse. Uddannelse er regnet for en personlig ressource, se ovenfor.



Om virksomheden forsøger at fastholde den sygemeldte, kan også afhænge af virksomhedsspecifikke forhold. For det første kan økonomi spille en rolle. Virksomheder med god økonomi har bedre råd til at afvente udfaldet af en sygemelding og til eventuelt at finansiere tilpasning af arbejdspladsen end virksomheder i krise. Den procentvise ændring i antallet af ansatte fra 2 år til året før sygemeldingens begyndelse er medtaget som mål for virksomhedernes økonomi.<sup>4</sup>

For det andet kan virksomhedens størrelse have en betydning. Det er imidlertid vanskeligt at sige noget entydigt om effekten af virksomhedsstørrelse. På den ene side kan mulighederne for omplacering være bedre i store end i små virksomheder. På den anden side kan de personlige relationer mellem lederen og den sygemeldte være tættere i små end i store virksomheder. Hvis de personlige relationer er gode, kan det betyde, at chancerne for fastholdelse er større i små end i store virksomheder. Virksomhedsstørrelse er målt ved antal ansatte.

For det tredje kan virksomhedens produktionsforhold påvirke, om de sygemeldte fastholdes på virksomheden. Virksomheder med en videnstung produktion har ofte medarbejdere med stor viden om forhold, som er specielle for den pågældende virksomhed. De kan være svære at erstatte, og der kan være store omkostninger forbundet med at oplære en ny medarbejder. Virksomheden har derfor gennemgående et stort økonomisk incitament til at fastholde sine medarbejdere, hvilket kan betyde, at virksomheden har en aktiv sygefraværs- og fastholdelsespolitik. Dette aspekt er målt ved en række indikatorer: andelen af medarbejdere, som tilhører forskellige medarbejdergrupper (højere funktionærer, lavere funktionærer, faglærte og ikke-faglærte), lønniveau og andelen af hovedbeskæftigede kvinder blandt samtlige hovedbeskæftigede på virksomheden. Når en virksomhed har mange hovedbeskæftigede kvinder, kan det afspejle, at produktionen ikke er videnstung, fordi kvinder langt oftere end mænd er ansat i ufaglærte job.

---

4. De virksomhedskarakteristika, der er med i analysen stammer fra Danmarks Statistiks IDA-register. Variablerne i registeret omhandler arbejdssteder. I de fleste tilfælde er et arbejdssted det samme som en virksomhed, men i nogle tilfælde kan en virksomhed bestå af flere arbejdssteder. I dette kapitel bruges både udtrykket "arbejdssted" og "virksomhed" om arbejdssted.

For det fjerde er der medtaget tre mål for virksomhedens personaleomsætning. En variabel måler den procentvise tilgang af medarbejdere fra 2 år til året før sygemeldingens begyndelse, mens en anden måler andel medarbejdere beskæftiget på arbejdsstedet 1 år før sygemeldingens begyndelse, som også var beskæftiget på arbejdsstedet året forinden. Den tredje variabel måler, i hvilket omfang virksomhedens medarbejdere er berørt af ledighed. Virksomheder, hvor medarbejdere er meget berørt af ledighed, formodes at have en "hyr-fyr"-politik. Det er på forhånd svært at vide, hvilken virkning disse forhold har. Muligheden for at blive fastholdt kan være begrænset på virksomheder med stor personaleomsætning, fordi de ofte fyres. Men den kan også være stor, fordi disse virksomheder ofte (gen-)ansætter.

Endelig er arbejdsstedets branche, ejerforhold og om arbejdsstedet er en del af en virksomhed med flere arbejdssteder, inkluderet i analysen. Disse forhold kan have betydning for, om sygemeldte fastholdes. I nogle brancher kan produktionen indebære, at virksomhederne er sårbare over for fluktuationer i efterspørgslen. Virksomhedens afhængighed af konjunkturerne kan øge chancen for at blive afskediget (se fx Colbjørnsen, 1986). Mulighederne for at blive fastholdt kan afhænge af, om virksomheden er privat eller offentligt ejet. På den ene side viser en undersøgelse blandt danske virksomheder, at offentligt ejede virksomheder tilsyneladende fastholder langvarigt sygemeldte og personer med nedsat arbejdsevne mindre hyppigt end privat ejede (Kruhøffer og Høgelund, 2001). Dette kan muligvis hænge sammen med, at der er forskel på private og offentlige virksomheders økonomiske situation og dermed på mulighederne for at fastholde (Rosdahl og Uldall-Poulsen, 2003). På den anden side tyder resultaterne fra en undersøgelse af langvarigt sygemeldte på, at personforskelle mellem sygemeldte i offentlige og private virksomheder kan forklare, hvorfor langvarigt sygemeldte i offentlige virksomheder fyres oftere end i private virksomheder. Når der korrigeres for personforskelle bliver sygemeldte i private virksomheder oftere fyret end sygemeldte i offentlige virksomheder (Høgelund og Holm, 2002). Forfatterne peger på, at private virksomheder opererer på markedsvilkår og derfor har større incitament til at afskedige sygemeldte. Om arbejdsstedet er en del af en virksomhed med flere arbejdssteder, eller om arbejdsstedet udgør én virksomhed, kan afspejle flere forhold. Antallet af arbejdssteder kan således både

hænge sammen med virksomhedens størrelse og med virksomhedens organisation og personalepolitik. Virksomheder med mange arbejdssteder kan således have en centraliseret personalepolitik. Det er imidlertid uklart, hvordan det påvirker mulighederne for fastholdelse (for en diskussion, se Høgelund og Kruhøffer, 2000:138-139).

Af tabel 8.2 kan man se, at både den sygemeldtes anciennitet og virksomhedens personaleomsætning tilsyneladende har stor betydning for, om den sygemeldte bliver fastholdt hos den gamle arbejdsgiver (de øvrige variabler vedrørende sygemeldingsarbejdsgiveren er vist i bilagstabel B8.1 i rapportens bilag). Der er således næsten dobbelt så mange sygemeldte med mere end 5 års anciennitet (67 procent), som kommer i arbejde hos den gamle arbejdsgiver, end blandt dem med mindre end 1 års anciennitet (35 procent). Til gengæld synes lang anciennitet i den grad at reducere sandsynligheden for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Kun 4 procent med mere end 5 års

Tabel 8.2

Sygemeldte lønmodtageres arbejdsmarkedsstatus. Særskilt for udvalgte variabler for personlige ressourcer. I procent.

	Arbejdsmarkedsstatus				Antal
	Gammel arbejdsgiver	Ny arbejdsgiver	Ikke i arbejde	I alt	
<b>Anciennitet***</b>					
0 år	35	31	34	100	227
1-5 år	51	14	34	99	381
6-10 år	67	4	30	101	100
Mere end 10 år	66	4	30	100	175
<b>Andel medarbejdere beskæftiget på arbejdsstedet 1 år før sygemeldingens begyndelse, som også var beskæftiget på arbejdsstedet det foregående år***</b>					
0-60 procent	32	31	36	99	170
61-80 procent	52	16	32	100	413
81-100 procent	58	9	33	100	355
I alt	51	16	34	101	883-938

Anm.: Tabellen bygger på vægtet datamateriale (se Bilag 1). Signifikansniveau NS: Ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001.

anciennitet kommer således i arbejde hos en ny arbejdsgiver imod 31 procent blandt dem med mindre end 1 års anciennitet. Vi vender tilbage til dette spørgsmål i forbindelse med den multivariate analyse af de sygemeldtes efterfølgende tilknytning til arbejdsmarkedet.

Virksomheder, hvor mange af de medarbejdere, som er ansat det ene år, også er ansat det næste år, fastholder tilsyneladende ofte sygemeldte medarbejdere. 58 procent af de sygemeldte, som var ansat på en virksomhed med mange "gengangere", fastholdes på virksomheden, mens det samme kun er tilfældet for 32 procent af dem, som var ansat på en virksomhed med forholdsvis få "gengangere". Det tyder med andre ord på, at chancen for at blive fastholdt er størst på virksomheder, der opererer med en fast stab af kernemedarbejdere, hvilket igen kan hænge sammen med, at virksomhedens produktion er videnstung. Denne sammenhæng kan imidlertid også være "falsk", fordi den kan afspejle, at sygemeldte fra virksomheder med en videnstung produktion ofte har kvalifikationer, som virksomhederne gerne vil fastholde. Den store andel af sygemeldte, som fastholdes på virksomheder med mange gengangere, kan således afspejle, at disse sygemeldte gennemgående har mange kvalifikationer, som forøger chancen for, at de bliver fastholdt. Fastholdelse er med andre ord ikke nødvendigvis forbundet med særlige virksomhedskarakteristika, men kan i stedet være forbundet med særlige personkarakteristika (fx anciennitet). Vi er derfor nødt til at analysere betydningen af person- og virksomhedskarakteristika på en gang (se nedenfor).

### Beskæftigelsesmuligheder hos en ny arbejdsgiver

Mulighederne for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver formodes at afhænge af efterspørgslen efter arbejdskraft: Jo større efterspørgsel, desto større beskæftigelseschance. Den amtslige ledighedsprocent målt i det første hele kalenderår efter første fraværsdag er medtaget som en (grov) indikator for efterspørgslen efter arbejdskraft. Hver sygemeldt har således fået tilknyttet en ledighedsprocent afhængigt af, hvilket amt de kommer fra, og hvornår de blev sygemeldt. Der er tilsyneladende ingen sammenhæng mellem ledighedsprocenten, og hvor ofte de sygemeldte kommer i arbejde hos henholdsvis ny og gammel arbejdsgiver. Den gennemsnitlige ledighedsprocent er således omkring 5 procent både for dem, der kommer i arbejde hos ny og gammel arbejdsgiver, og dem, der ikke kommer i arbejde.

Tabel 8.3

Sygemeldte lønmodtageres arbejdsmarkedsstatus. Særskilt for antal ansættelser. Procent.

	Arbejdsmarkedsstatus				Antal
	Gammel arbejdsgiver	Ny arbejdsgiver	Ikke i arbejde	I alt	
<b>Antal ansættelser***</b>					
1 ansættelse	61	5	35	101	108
2-3 ansættelser	61	12	27	100	310
4-5 ansættelser	45	20	35	100	259
5 ansættelser og derover	40	22	38	100	236

Anm.: Tabellen bygger på vægtet datamateriale (se Bilag 1). Signifikansniveau NS: Ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001.

Ud over ledighedsniveauet er medtaget to variabler for de sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet inden sygemeldingens begyndelse. De to variabler er antal ansættelser inden sygemeldingens begyndelse og antal år i beskæftigelse i forhold til, hvor mange år den sygemeldte har været i den erhvervsaktive alder. Af tabel 8.3 kan det ses, at personer med mange ansættelser ofte kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver, mens personer med få ansættelser ofte kommer i arbejde hos den gamle arbejdsgiver.

Det tyder således på, at antal ansættelser har forskellig betydning for chancerne for at vende tilbage til gammel og til ny arbejdsgiver. Når det gælder mulighederne for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver, kan få ansættelser være udtryk for en ressource, fordi det afspejler, at de syge gennemgående har lang anciennitet hos den gamle arbejdsgiver og dermed stor erfaring, som er værdifuld for arbejdsgiveren. Når det gælder mulighederne for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver, kan det derimod være en fordel med mange ansættelser. Dels fordi de kan afspejle, at den sygemeldte besidder mange forskellige kvalifikationer, som gør den pågældende kvalificeret til flere forskellige job. Dels fordi mange ansættelser kan afspejle, at den sygemeldte tidligere har haft succes med at finde beskæftigelse.

## Exit-mulighederne

Mulighederne for at forlade arbejdsmarkedet for at blive forsørget af anden indkomst end erhvervsindkomst er målt ved "kommunernes tendens til at tildele førtidspension". Sygemeldte, som bor i en kommune, der har en lempelig praksis på førtidspensionsområdet, antages at have bedre muligheder for at forlade arbejdsmarkedet end sygemeldte fra kommuner med en restriktiv praksis. Kommunernes tendens til at tildele førtidspension måles som kommunens årlige antal tilkendelser af helbredsbedingede førtidspensioner minus det gennemsnitlige antal tilkendelser blandt alle kommuner i landet. I nogle tilfælde er grunden, til at kommunen tildeler mange førtidspensioner, ikke, at de har en lempelig førtidspensionspolitik, men at mange af kommunens borgere har behov for en pension. For at tage hensyn til dette er tallene for kommunernes tilkendelser justeret for en lang række forhold, som kan tænkes at påvirke efterspørgslen efter førtidspension (tallene bygger på en model udviklet af Gregersen, 1994). På baggrund heraf har hver sygemeldt fået tilknyttet et tal for kommunernes tendens til at tildele førtidspension afhængigt af bopælskommune, og hvornår de blev sygemeldt.

Umiddelbart er der ikke noget, der tyder på, at kommunernes tendens til at tildele førtidspension har betydning for, om de sygemeldte kommer i arbejde. Hverken hos ny eller gammel arbejdsgiver. Den gennemsnitlige tildelingsrate er stort set den samme for sygemeldte, som kommer i arbejde hos ny og gammel arbejdsgiver, og for sygemeldte, der ikke kommer i arbejde (se Bilagstabel B8.2).

## Kommunens dagpengeopfølgning

Kommunens opfølgning i forbindelse med en sygedagpengesag kan på flere måder tænkes at bidrage til at få den sygemeldte i arbejde. For det første kan råd og vejledning om muligheder for fastholdelse i det hidtidige arbejde og om andre jobmuligheder have en positiv effekt. Det er således muligt, at det forøger chancerne for fastholdelse, hvis den sygemeldte (og virksomheden) bliver opmærksom på, hvilke konkrete løsninger der kan iværksættes, og hvilken hjælp kommunen eventuelt kan yde. Dagpengeopfølgning kan for det andet have en "motivations- eller skræmmeeffekt", fordi den sygemeldte kan være bange for, at kommunen stopper udbetalingen af dagpenge. Fx fordi den skønner, at den sygemeldte ikke er uarbejdsdygtig. Blandt ledige har udsigten til aktivering tilsyneladende en motivationseffekt, idet

sandsynligheden for at komme i arbejde øges omkring det tidspunkt, hvor aktiveringen skal påbegynde (Geerdsen, 2002). For det tredje kan dagpengeopfølgningen give kommunen et bedre grundlag for at igangsætte de aktiviteter, der har størst beskæftigelseseffekt i forhold til den sygemeldtes situation.

På samme måde kan der argumenteres for, at der er størst effekt af tidlig opfølgning. Fx kan en tidlig afklaring af, hvornår den sygemeldte vil kunne komme tilbage i arbejde, og rådgivning om muligheder for fastholdelse forebygge en fyring. Hvis arbejdsgiveren hurtigt ved, hvornår den sygemeldte kan komme tilbage, og om det er nødvendigt at ændre på arbejdsforholdene, kan arbejdsgiveren undlade at fyre. Hvis arbejdsgiveren ikke får denne information, eller får den sent, kan usikkerheden betyde, at virksomheden skiller sig af med den sygemeldte. Der kan imidlertid også være negative effekter forbundet med tidlig opfølgning. Hvis kommunen tager kontakt til den sygemeldte på et tidligt tidspunkt for at få afklaret, om den sygemeldte kan komme i arbejde, er det muligt, at den sygemeldte stadig er så syg, at førtidspensionering på det tidspunkt synes at være den eneste mulighed. Hermed kan både den sygemeldte og kommunen komme til at fokusere på passiv forsørgelse og dermed modvirke, at den sygemeldte senere kan komme i arbejde, hvis helbredstilstanden bliver bedre.

I 21 procent af dagpengesagerne blev der afholdt opfølgningssamtale inden for 8. uge efter første fraværsdag, i 42 procent blev opfølgningssamtalen afholdt senere, mens der ikke blev afholdt opfølgningssamtale i de resterende 37 procent. For disse tre grupper af sygemeldte viser tabel 8.4 andelen af sygemeldte lønmodtagere, som er kommet i understøttet arbejde hos den gamle arbejdsgiver, henholdsvis hos en ny arbejdsgiver, og andelen som ikke er kommet i understøttet arbejde. Ud fra tabellen er det vanskeligt at vurdere betydningen af, at der holdes opfølgningssamtale tidligt i sygefraværet. På den ene side er der flere, som kommer i arbejde hos den gamle arbejdsgiver, når samtalen afholdes tidligt (51 procent), end når samtalen afholdes sent (35 procent). På den anden side er der flest, 68 procent, der kommer i arbejde hos den gamle arbejdsgiver, når der slet ikke afholdes samtale. Der er ingen forskelle på andelen af sygemeldte, der kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver, når der opdeles efter, hvornår der blev afholdt opfølgningssamtale.

Tabel 8.4

Sygemeldte lønmodtageres arbejdsmarkedsstatus. Særskilt for om (og hvornår) der er afholdt opfølgningssamtale. I procent.

	Arbejdsmarkedsstatus			I alt	Antal
	Gammel arbejdsgiver	Ny arbejdsgiver	Ikke i arbejde		
<b>Opfølgningssamtale afholdt?</b>					
Ja, inden for 8 uger	51	15	34	100	185
Ja, efter 8 uger	35	16	49	100	375
Nej	68	17	15	100	328
I alt	51	16	34	101	888

Anm.: Tabellen bygger på vægtet datamateriale (se Bilag 1). Signifikansniveau NS: Ikke signifikant, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001.

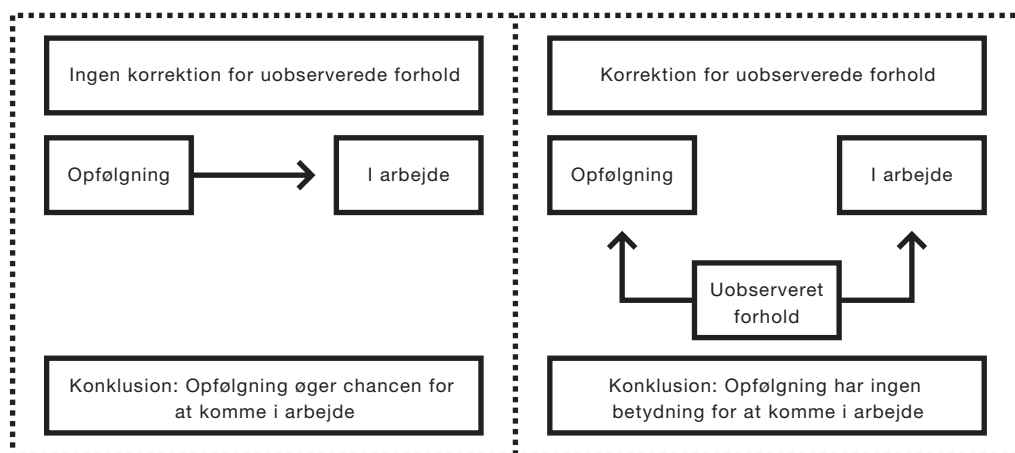
Forskelle i, hvor mange der kommer i arbejde, kan skyldes, at kommunerne prioriterer deres ressourcer (jf. kapitel 6). I sager, hvor det skønnes, at de sygemeldte mere eller mindre kommer i arbejde af sig selv, kan kommunerne således undlade af holde samtale. Det vil kunne forklare den høje andel, der kommer i arbejde blandt dem, hvor der ikke afholdes samtale. Hvis det er tilfældet samtidig med, at der kommer flere i arbejde, når samtalen afholdes tidligt, end når den holdes sent, ser det med andre ord ud til, at tidlig opfølgning virker efter hensigten. Problemet er, at vi ikke kan være sikre på det. For at undersøge om tidlig opfølgning har en positiv effekt, er det i princippet nødvendigt at korrigerer for alle forskelle mellem sager, hvor samtale afholdes tidligt, og sager, hvor det ikke sker. En sådan korrektion er vanskelig at foretage, fordi der, ud over de forskelle, vi måler, fx i de sygemeldtes ressourcer, kan være forskelle, som vi ikke kender til. Problemet er illustreret i figur 8.2. Den situation, hvor der kun korrigeres for observerede forskelle, men ikke for uobserverede forskelle, er illustreret til venstre i figuren. I denne tænkte situation observeres en positiv sammenhæng mellem opfølgning, og om de sygemeldte kommer i arbejde, og det konkluderes, at tidlig opfølgning har en positiv effekt. Det behøver imidlertid ikke være rigtigt. Uobserverede forhold kan både bevirke, at der ofte opfølges tidligt, og at de sygemeldte ofte kommer i arbejde. Det er illustreret til højre i figuren. De sygemeldte, hvor der følges tidligt op, kommer således ikke i arbejde på grund af tidlig opfølgning, men fordi de har større



beskæftigelseschancer end dem, hvor der ikke følges tidligt op. En sådan effekt er fx fundet i forbindelse med langvarigt sygemeldtes deltagelse i revalidering i Norge og i Danmark (Aakvik, Heckman og Vytlačil, 2000; Høgelund og Holm, 2002). Nogle sygemeldte har uobserverede karakteristika, som både betyder, at de ofte deltager i revalidering og ofte kommer i arbejde.

Figur 8.2

Illustration af betydningen af uobserverede forhold



I analysen i næste afsnit er der korrigeret for uobserverede forskelle mellem sager, hvor opfølgningssamtale afholdes tidligt, og sager hvor det ikke er tilfældet. Det er sket ved at beregne sandsynligheden for, at der følges tidligt op udelukkende på grundlag af kommunernes oplysninger om deres administration af sygedagpengesager (se kapitel 5 og 6). Hermed vil forskelle i, hvornår der afholdes opfølgningssamtale ikke længere afhænge af de sygemeldtes karakteristika, men kun af kommunale forhold (fremgangsmåden er nærmere beskrevet i rapportens bilag). Vi kan dermed regne med, at en eventuel effekt af tidlig opfølgning ikke skyldes, at sygemeldte, hvor der er afholdt tidlig opfølgningssamtale, har karakteristika, som indebærer, at de har større beskæftigelseschancer end dem, hvor der ikke er afholdt tidlig samtale. Formuleret lidt anderledes, så opnår vi groft sagt det samme som ved et randomiseret forsøg, hvor personer udvælges tilfældigt ved

lodtrækning, og man derfor kan regne med, at der ikke er forskel på dem, der deltager i tidlig opfølgningssamtale, og dem, der ikke gør.

## Sygemeldtes integration på arbejdsmarkedet

Sandsynligheden for at blive fastholdt hos den gamle arbejdsgiver  
Resultaterne af en samlet analyse af, hvilke forhold der har betydning for, om sygemeldte lønmodtagere kommer i udstøttet arbejde hos den

Tabel 8.5

Tiden fra 1. fraværsdag til sygemeldte lønmodtagere kommer i arbejde hos den gamle arbejdsgiver. Reduceret varighedsmodel (n=762).

Variabel		Effekt
Diagnose***	Psykisk	•
	Bevægeapparat	+
	Anden	+
	Ved ikke	+
Antal kontakter til alm. læge året inden sygemeldingen***	0-2 kontakter	•
	3-5 kontakter	0
	6-9 kontakter	-
	10 kontakter og derover	-
Antal kontakter til speciallæge året inden sygemeldingen**	0-20 kontakter	+
Anciennitet siden 1980*		+
Erhvervs erfaring (antal år i beskæftigelse siden 1980 divideret med antal år i den erhvervsaktive alder siden 1980)*		+
Lønniveau (gennemsnitlig timeløn)*	59-507	+
Andel lavere funktionærer**	0-100 procent	+
Beregnet sandsynlighed for tidlig opfølgning**	0,07-0,43	+
Interaktion mellem beregnet sandsynlighed for tidlig opfølgning og tid efter første fraværsdag*		-

Anm.: Cox proportional hazard rate model. Tabellen bygger på uvægtet datamateriale. Kategoriel variabel for stratum er inkluderet i modellen (er insignifikant og ikke vist i tabellen). Dummy-variabel, som angiver, om anciennitet er oplyst eller uoplyst (n=45), er inkluderet i modellen (er insignifikant og ikke vist i tabellen). Signifikansniveau for variabler (første søjle):

NS: ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001. "•" angiver referencekategori, "+" angiver en signifikant positiv sandsynlighed for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver, "-" angiver en signifikant negativ sandsynlighed for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver.

gamle arbejdsgiver eller hos en ny arbejdsgiver, er præsenteret i tabel 8.5 og 8.6. Analysen er gennemført som en såkaldt "competing risk (Cox) varighedsmodel", hvor tiden går fra 1. fraværsdag til de sygemeldte lønmodtagere kommer i arbejde hos henholdsvis den gamle arbejdsgiver og en ny arbejdsgiver. Hver variabels samlede betydning er angivet ud for variabelnes navn i den første søjle (hvor signifikansniveauet er angivet). Effekten af variabelen er angivet i højre søjle. Et "+" (" -") angiver, at personer i den pågældende kategori har signifikant større (mindre) sandsynlighed for at komme i arbejde end personer i sammenligningskategorien, som er angivet med "•".

Tabel 8.6

Tiden fra 1. fraværsdag til sygemeldte lønmodtagere kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Reduceret varighedsmodel (n=747).

Variabel		Effekt	
Diagnose**	Psykisk	•	
	Bevægeapparat	-	
	Anden	-	
	Ved ikke	-	
Antal kontakter til speciallæge året før sygemeldingen*		0-20 kontakter	-
Stilling***	Ufaglært arbejder	•	
	Faglært arbejder m.v.	0	
	Kontor, service og salg	+	
	Leder, videregående uddannelse	+	
Anciennitet siden 1980**	0 år	•	
	1-5 år	-	
	6-10 år	-	
	11 år og derover	-	
Andel højere funktionærer***		0-100 procent	-
Beregnet sandsynlighed for tidlig opfølgning NS		0,07-0,43	0
Alder***		17-67 år	-
Bor Sammen med ægtefælle/samlever?***	Nej	•	
	Ja	-	

Note: Cox proportional hazard rate model. Tabellen bygger på uvægtet datamateriale. Kategoriel variabel for stratum er inkluderet i modellen (er insignifikant og ikke vist i tabellen). Dummy-variabel, som angiver, om anciennitet er oplyst eller uoplyst (n=45), er inkluderet i modellen (er insignifikant og ikke vist i tabellen). Signifikansniveau for variabler (første søjle): NS: ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001. "•" angiver referencekategori, "+" angiver en signifikant positiv sandsynlighed for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver, "-" angiver en signifikant negativ sandsynlighed for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver.

Resultaterne understøtter, at helbred har stor betydning for, hvordan det går de sygemeldte på arbejdsmarkedet. Sygemeldte lønmodtagere med (selvvurderet) psykisk diagnose kommer meget sjældent i arbejde hos den gamle arbejdsgiver sammenlignet med de øvrige diagnosegrupper. Fx har en sygemeldt med psykisk diagnose kun halvt så stor sandsynlighed for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver som en sygemeldt med bevægeapparatdiagnose. Umiddelbart kan det fortolkes som, at psykiske helbredsproblemer er alvorligere end andre helbredsproblemer. Men det ser ikke ud til at være tilfældet. Den beskedne chance for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver opvejes af, at sygemeldte med psykisk diagnose har en tilsvarende større chance for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver (se tabel 8.6). Sygemeldte med psykisk diagnose har med andre ord ikke færre helbredsmæssige ressourcer end andre sygemeldte. I stedet kan årsagen være, at psykiske problemer i langt højere grad end andre helbredsproblemer har en negativ indflydelse på forholdet til den gamle arbejdsgiver. I nogle tilfælde kan det således være sværere for arbejdsgiveren og kollegaer at forholde sig til en medarbejder med psykiske problemer end en medarbejder med fx dårlig ryg. Det kan i den forbindelse også tænkes, at det er nemmere for arbejdsgiveren, at identificere og iværksætte fastholdelsestiltag for en medarbejder med bevægeapparatproblemer end for en medarbejder med psykiske problemer. Endelig kan man forstille sig, at sygemeldinger med psykiske vanskeligheder i mindre eller større grad skyldes problemer på arbejdspladsen.

Antal kontakter til almenpraktiserende læge året inden sygemeldingen har også en meget signifikant effekt: Jo flere kontakter, jo mindre chance for at komme tilbage til den gamle arbejdsgiver. Derimod er det overraskende, at mange kontakter til speciallæge forøger mulighederne for at blive fastholdt. Én mulighed er, at de (forholdsvis få) lønmodtagere med mange kontakter inden sygemeldingen allerede er inde i et gunstigt behandlingsforløb.

Betydningen af anciennitet og de to virksomhedskarakteristika tyder på, at de sygemeldtes mulighed for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver afgøres i et samspil mellem arbejdsgiver og arbejdstager. Anciennitetens betydning kan som tidligere nævnt afspejle, at den sygemeldte har værdifulde virksomhedsspecifikke kvalifikationer, som arbejdsgiveren er interesseret i at fastholde. Herudover synes karakte-

ristika ved virksomheden at have en selvstændig betydning, idet både lønniveau og andel lavere funktionærer er signifikante. Betydningen af lønniveau tyder på, at virksomheder med en videnstung produktion fastholder langvarigt sygemeldte oftere end andre virksomheder. Disse virksomheder kan have en særlig social personalepolitik, fx fordi det spiller en rolle for, hvordan virksomheden klarer sig på længere sigt. En socialt ansvarlig personalepolitik kan således være et vigtigt signal til (potentielle) kunder og interessenter om, at virksomheden har gode arbejdsforhold, og at det derfor er værd at handle med virksomheden. Personalepolitikken er også et redskab, der kan bidrage til at fastholde og rekruttere arbejdskraft. Kollegaer til den sygemeldte og eventuelle kommende medarbejdere kan således se, at der vil blive taget hånd om dem, hvis de selv skulle få nedsat arbejdssevne.

Betydningen af andel lavere funktionærer kan afspejle, at produktionsformen på virksomheder med mange lavere funktionærer indebærer, at flere medarbejdere kan varetage den samme jobfunktion uden en lang forudgående oplæring. Det giver gode muligheder for, at medarbejdere med helbredsproblemer i en kortere eller længere periode kan varetage en anden og mindre belastende jobfunktion. Dermed forøges mulighederne for at blive fastholdt. Denne fortolkning synes umiddelbart at være i modstrid med betydningen af lønniveauet, idet virksomheder med mange lavere funktionærer må formodes ofte at have et lavt lønniveau. Det ser ud til, at forklaringen er, at lønniveauets betydning er større på virksomheder med få lavere funktionærer end på virksomheder med mange lavere funktionærer.<sup>5</sup> Hermed bliver fortolkningen, at der er to typer af virksomheder: én, hvor chancen for fastholdelse er stor, fordi mulighederne for at blive omplaceret er gode, og én, hvor chancen for at blive fastholdt er stor, fordi virksomheden yder en særlig indsats for at fastholde medarbejderne.

Når det gælder betydningen af virksomhedskarakteristika, skal man imidlertid være opmærksom på, at arbejdsgiveren kan have andre informationer om de sygemeldtes helbred og kvalifikationer, som vi

---

5. Interaktionseffekten mellem andel lavere funktionærer og lønniveau er signifikant på et 7 procentsniveau.

ikke har målt.<sup>6</sup> Hvis det er tilfældet, kan betydningen af virksomhedsforhold være overvurderet.

Herudover har erhvervs erfaring en betydning, idet sygemeldte med megen erhvervs erfaring har forholdsvis stor chance for at komme i arbejde. Erhvervs erfaring er et mål for forudgående tilknytning til arbejdsmarkedet, og det var forventet, at den ville have betydning for mulighederne for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Når den bliver signifikant for sandsynligheden for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver, kan det skyldes, at erhvervs erfaring ligesom anciennitet er udtryk for den sygemeldtes kvalifikationer. Der kan i højere grad end for anciennitet være tale om kvalifikationer, som ikke er erhvervet på sygemeldingsvirksomheden.

Analysen tyder på, at tidlig opfølgningssamtale har en positiv betydning for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver. Effekten aftager imidlertid hurtigt: Jo længere tid, der går efter samtalen, desto mindre er effekten (den gennemsnitlige effekt over hele fraværperioden er således ikke signifikant). Som nævnt kan man forestille sig, at tidlig opfølgning har en negativ virkning, fordi det kan være med til at fastholde den sygemeldte i at opfatte sig som syg. Denne eventuelle negative effekt mere end opvejes med andre ord af de positive virkninger, der er forbundet med tidlig opfølgning. Den positive effekt af tidlig opfølgning kan skyldes, at der opnås en tidlig afklaring af, hvornår den sygemeldte kan vende tilbage i arbejde. Denne afklaring giver arbejdsgiveren (og den sygemeldte) en sikkerhed, som kan forhindre, at arbejdsgiveren afskediger den sygemeldte. Den positive effekt kan også hænge sammen med, at opfølgningssamtalen har en motivations- eller skræmmeeffekt, som får nogle sygemeldte til at forsøge at genoptage deres arbejde tidligt, hvormed firing undgås.

Analysen viser også, at en korrektion for uobserverede forskelle mellem dem, hvor der følges tidligt op, og dem, hvor der ikke følges tidligt op, har betydning for den målte effekt. De sygemeldte, hvor der ikke følges tidligt op, har således tilsyneladende uobserverede

---

6. Det er i analysen forsøgt at korrigere for uobserverede karakteristika, men det er ikke lykkedes at identificere en (gamma) fordeling for uobserverede karakteristika.

karakteristika, som betyder, at de har større chance for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver end dem, hvor der følges tidligt op. Når der korrigeres for dette, forøges effekten af tidlig opfølgning så meget, at den bliver signifikant (analysen uden korrektion for uobserverede forhold er vist i bilagstabel B8.6 i rapportens bilag).

### Sandsynligheden for at få arbejde hos en ny arbejdsgiver

Resultaterne af analysen af de sygemeldtes sandsynlighed for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver er vist i tabel 8.6. Denne analyse viser også, at helbredsforhold har stor betydning. Det gælder diagnose, hvor sygemeldte med bevægeapparatdiagnose og anden diagnose har meget lille sandsynlighed for at komme i arbejde (jf. diskussionen ovenfor). Det gælder også antal kontakter til speciallæge året før sygemeldingen. Sygemeldte med mange kontakter til speciallæge har således mindre chance for at komme i arbejde end sygemeldte med få kontakter.

Betydningen af stilling understøtter, at de sygemeldtes ressourcer i form af faglige kvalifikationer har en væsentlig betydning. Sygemeldte, som ved sygemeldingens begyndelse var ansat i en stilling inden for kontor, service eller salg, og sygemeldte i en leder-/akademiker-stilling, har således meget større chance for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver end ufaglærte arbejdere (uddannelse har en lignende, men ikke signifikant effekt). Ud over kvalifikationer kan stilling også afspejle jobkrav. Når sygemeldte i leder- og akademiker-stillinger har en stor chance for at komme i arbejde, kan det også afspejle, at de job, de søger efter, ikke er særligt fysisk krævende. Det kan derfor være lettere for en akademiker med fysiske helbredsproblemer at finde et nyt job, hvorimod en ufaglært arbejder med tilsvarende helbredsproblemer i mange tilfælde ikke vil kunne vende tilbage til samme slags job. I modsætning til akademikeren må arbejderen derfor finde job i en anden branche, hvilket reducerer beskæftigelsesmulighederne.

Den negative effekt af anciennitet – høj anciennitet reducerer chancen for at komme i arbejde – og af andel højere funktionærer på virksomheden virker overraskende. Det var således ikke noget, man umiddelbart skulle forvente på baggrund af den teoretiske referenceramme. Her var det forventet, at begge forhold havde betydning

for at komme tilbage i arbejde hos den gamle arbejdsgiver, men ikke for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Anciennitet formodes således at afspejle den sygemeldtes kvalifikationer erhvervet gennem ansættelsen hos den gamle arbejdsgiver. Lang anciennitet skulle således øge chancen for at blive fastholdt, hvilket også er tilfældet, se ovenfor. Men hvis lang anciennitet giver mange kvalifikationer, hvorfor ser vi så en negativ effekt med hensyn til at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver? Forklaringen skal måske findes i samspillet mellem den proces, som vedrører spørgsmålet om tilbagevenden til den gamle arbejdsgiver, og den proces, der drejer sig om at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Sygemeldte med mange virksomhedsinterne kompetencer har stor værdi for den gamle arbejdsgiver, og derfor fastholdes de ofte i denne beskæftigelse. På grund af deres anciennitet og værdi for virksomheden har de ofte gode løn- og arbejdsforhold. Det kan betyde, at de stiller forholdsvis høje krav til disse forhold. Hvis det derfor ikke kan lade sig gøre at komme tilbage til den gamle arbejdsgiver, vil chancen for at finde nyt arbejde være beskeden, fordi høje krav til løn og arbejdsvilkår begrænser antallet af job, den sygemeldte vil acceptere.

Hvordan kan det være, at forhold ved den virksomhed, hvorfra lønmodtagerne blev sygemeldt, har betydning for de sygemeldtes muligheder for at komme i arbejde på en ny virksomhed? Det forekommer således overraskende, at sygemeldte fra virksomheder med mange højere funktionærer har en forholdsvis lille chance for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. En mulig forklaring er, at sygemeldte fra virksomheder med en videnstung produktion (mange højere funktionærer) normalt har en forholdsvis stor chance for at blive fastholdt. Hvis det ikke er muligt at fastholde de sygemeldte på virksomheder, som normalt fastholder sygemeldte medarbejdere, kan det være udtryk for, at de er så dårligt stillet, at det heller ikke er muligt for dem at komme i arbejde på en anden virksomhed.

Af tabellen ses, at desto ældre de sygemeldte er, desto mindre chance har de for at komme i arbejde. Det kan dels skyldes, at helbredet bliver dårligere med alderen, dels at arbejdsgivere gennemgående foretrækker yngre frem for ældre medarbejdere. Det er vanskeligt at forklare, hvorfor samlevende har mindre chance for at komme i arbejde end enlige. Én mulig forklaring er, at samlevende personer i modsætning til enlige (i en periode) kan lade sig forsørge af samle-



veren. Hvis det derfor ikke er muligt at vende tilbage til den gamle arbejdsgiver, vil samlevende i højere grad end enlige reducere deres jobsøgning.

Tidlig opfølgningssamtale har ingen væsentlig betydning for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Faktisk er der en (insignifikant) tendens til, at tidlig opfølgning har en negativ effekt.<sup>7</sup> Det er således muligt – men ikke sikkert – at tidlig opfølgning skader mulighederne for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. En eventuel negativ effekt kan fortolkes i lyset af den positive effekt, vi før fandt med hensyn til at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver. Som nævnt kunne den positive effekt være resultatet af en afklaring, som opfølgningssamtalen giver, idet arbejdsgiveren og den sygemeldte får vished for, at den sygemeldte (sandsynligvis) kan vende tilbage til den gamle arbejdsgiver. Hermed kan det være, at arbejdsgiveren undlader at afskedige den sygemeldte. På samme måde kan den tidlige afklaring betyde, at den sygemeldte ikke søger efter et nyt job, fordi den sygemeldte regner med at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver. Modsat vil den sygemeldte, som ikke har fået afklaret sin situation, i mindre grad regne med at kunne vende tilbage til den gamle arbejdsgiver og derfor i højere grad søge efter et nyt job. Sygemeldte, som ikke kommer til tidlig opfølgningssamtale, vil dermed oftere komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver end sygemeldte, som kommer til tidlig opfølgningssamtale.

## Tre væsentlige konklusioner

Analysen tyder på, at både forhold vedrørende de sygemeldte, de virksomheder, de kommer fra, og kommunernes indsats har væsentlig betydning for, om langvarigt sygemeldte lønmodtagere kommer i arbejde. For det første påvirker de sygemeldtes helbreds-mæssige ressourcer og faglige kvalifikationer deres chance for at komme i understøttet arbejde. Personer med dårligt helbred og begrænsede faglige

---

7. Tidlig opfølgningssamtale har en signifikansværdi på 0,08. Det er imidlertid sandsynligt, at analysen overvurderer betydningen af tidlig opfølgning. Dels fordi undersøgelsens data er stratificeret (se bilaget), dels fordi den anvendte metode, "two-stage estimation", undervurderer usikkerheden på estimaterne for tidlig opfølgningssamtale.

kompetencer har mindre chance for at komme i arbejde end sygemeldte med flere helbreds­mæssige og faglige ressourcer.

For det andet tyder resultaterne på, at virksomhederne, hvor lønmodtagerne blev sygemeldt, spiller en rolle. Chancen for at blive fastholdt på virksomheden er størst, når de sygemeldte kommer fra en virksomhed med et højt lønniveau eller mange lavere funktionærer. Betydningen af lønniveau kan tyde på, at virksomheder med en videnstung produktion ofte fastholder sygemeldte medarbejdere. Disse virksomheder kan have en særlig socialt ansvarlig personalepolitik, fordi virksomheden har en særlig interesse i at fastholde sine gennemgående højt kvalificerede medarbejdere. Betydningen af andel lavere funktionærer kan afspejle, at produktions­måden på virksomheder med mange lavere funktionærer indebærer, at der er gode muligheder for at medarbejdere med helbredsproblemer kan omplaceres til en anden og mindre belastende jobfunktion. Resultaterne kan med andre ord tyde på, at der er to typer af virksomheder, hvor chancen for at blive fastholdt er stor: én, hvor chancen er stor, fordi virksomheden yder en særlig indsats for at fastholde medarbejderne, og én, hvor chancen er stor, fordi mulighederne for at blive omplaceret er gode.

For det tredje viser analysen, at afholdelse af tidlig opfølgningssamtale forøger de sygemeldtes chance for at blive fastholdt hos den gamle arbejdsgiver. Effekten aftager imidlertid hurtigt: Jo længere tid efter samtalen, desto mindre er effekten. Den positive effekt af, at kommunen afholder opfølgningssamtale inden for 8 uger, kan skyldes, at der tidligt i sygeforløbet opnås en afklaring af, hvornår den sygemeldte kan vende tilbage i arbejde. Denne afklaring giver arbejdsgiveren og den sygemeldte en vis sikkerhed for, at ansættelsesforholdet kan fortsættes. Dermed kan tidlig opfølgningssamtale være med til at forhindre, at arbejdsgiveren afskediger den sygemeldte. Den positive effekt kan også hænge sammen med, at opfølgningssamtalen har en motivations- eller skræmmeeffekt, som får nogle sygemeldte til at forsøge at genoptage deres arbejde tidligt, hvormed fyring undgås. Analysen tyder ikke på, at tidlig opfølgningssamtale øger de sygemeldtes sandsynlighed for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Tværtimod er der tegn på, at tidlig opfølgningssamtale kan have en negativ virkning – denne effekt er imidlertid ikke statistisk signifikant.

Med hensyn til at forstå, hvorfor nogle sygemeldte kommer i arbejde, mens andre ikke gør, ser det ud til, at der i flere tilfælde er væsentlig forskel på forhold, der spiller en rolle for fastholdelse, og forhold, som har betydning for, om sygemeldte kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Personer med en psykisk diagnose har sammenlignet med andre diagnosegrupper således markant dårligere mulighed for at komme i arbejde hos den gamle arbejdsgiver, men til gengæld væsentlig bedre mulighed for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver. Lignende forskelle gælder blandt andet betydningen af anciennitet og afholdelse af tidlig opfølgningssamtale. Analysen afdækker med andre ord væsentlige forskelle, som kan blive overset, hvis ikke man skelner mellem ny og gammel arbejdsgiver.



# HVOR MANGE KAN KOMME I ARBEJDE – OG HVAD KAN DER GØRES FOR AT FÅ FLERE I ARBEJDE?

I de kommende år forventes arbejdsstyrken at blive mindre, fordi der bliver flere ældre og færre yngre personer i befolkningen. Samtidig har et stigende sygefravær i 90'erne herunder et stigende langvarigt sygefravær reduceret det effektive arbejdsudbud. På den baggrund er det interessant at belyse, om der blandt langvarigt sygemeldte er et uudnyttet potentiale af arbejdskraft. Vil det med andre ord være muligt, at få flere langvarigt sygemeldte i arbejde end i dag, hvis sygefraværspolitikken blev ændret? Dette spørgsmål belyses på baggrund af de sygemeldtes udsagn om deres fremtidige position på arbejdsmarkedet og vurdering af deres nuværende arbejdsevne. Til sidst diskuteres forskellige muligheder, der kan medvirke til at reducere det langvarige sygefravær.

## Hvor mange langvarigt sygemeldte kan komme i arbejde?

Den danske sygefraværspolitik bygger på en række forskellige instrumenter, som blandt andet omfatter kommunernes dagpengeopfølgning, revalidering, løntilskud til arbejdsgivere, kampagner om virksomheders sociale ansvar, samt udbetaling af sygedagpenge, førtidspension m.m. (se kapitel 2). I dette afsnit beregner vi et groft skøn over, hvor mange flere sygemeldte man maksimalt vil kunne få i arbejde ved at ændre den danske sygefraværspolitik. Skønnet bygger på de sygemeldtes egne udsagn om deres fremtidige position på arbejdsmarkedet og vurdering af deres arbejdsevne.

38 procent af de langvarige sygedagpengemodtagere var ikke i arbejde, da de blev interviewet i gennemsnit ca. 18 måneder efter deres første sygefraværsdag. De blev spurgt om, hvordan de tror, at deres situation i forhold til arbejdsmarkedet bliver på længere sigt. Ca. 33 procent svarede, at de regner med at komme i arbejde på normale vilkår, 24 procent, at de kommer i arbejde, hvor der tages særlige hensyn til deres helbredsproblemer, mens 43 procent svarede, at de ikke regner med at komme til at arbejde mere. Det er med andre ord mere end halvdelen af de langtidssygemeldte, der ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, som regner med at komme i arbejde på normale eller særlige vilkår. Dette tyder på, at et aneligt antal langvarigt sygemeldte potentielt vil kunne komme i arbejde. Samtidig tyder det på, at det i nogle tilfælde vil kræve en særlig indsats, og at en tilbagevenden til arbejdsmarkedet kræver, at der tages særlige hensyn til de pågældende personers helbredsproblemer.

Tabel 9.1

Selvurderet arbejdsevne på interviewtidspunktet blandt personer med en afsluttet sygedagpengesag med en varighed på mere end 8 uger. Særskilt for arbejdsmarkedssituation. I procent.

Nuværende arbejdsevne sammenlignet med den bedste periode		Situation i forhold til arbejdsmarkedet		I alt
		I arbejde	Ikke i arbejde	
Meget dårlig	1	2	18	8
	2	1	9	4
	3	5	13	8
	4	5	9	7
	5	11	15	13
	6	7	5	6
	7	11	7	10
	8	15	9	13
	9	12	4	9
Meget god	10	30	11	23
	I alt	99	101	100
	N	979	591	1.569

Note: Tabellen bygger på vægtet datamateriale (se bilag 1).

De sygemeldtes vurdering af deres arbejdsevne tyder også på, at en del af de ledige sygemeldte vil kunne komme i arbejde. Tabel 9.1 viser dagpengemodtagernes vurdering af deres arbejdsevne på det tidspunkt, hvor de blev interviewet. Tabellen viser både vurderingen for dem, der var i arbejde (med eller uden løntilskud), og for dem, der ikke var i arbejde.

Som forventet har dem, der er i arbejde gennemgående en højere selv vurderet arbejdsevne end dem, der ikke er i arbejde. 86 procent blandt dem, der er i arbejde, vurderer at deres nuværende arbejdsevne sammenlignet med den bedste periode i deres liv er middel eller derover (værdierne 5-10), mens det kun er tilfældet for 51 procent blandt dem, som ikke er i arbejde. At langt de fleste af dem i arbejde vurderer, at deres arbejdsevne mindst er middel, tyder på, at det i de fleste tilfælde kræver en middel til god arbejdsevne at være i arbejde. Når dette anvendes som kriterium for, hvor mange der vil kunne komme i arbejde blandt dem, der ikke er i arbejde, får man, at mellem 24 procent (værdierne 8-10) og 51 procent (værdierne 5-10) potentielt vil kunne komme i arbejde. Opregnet til landsplan svarer det til, at der årligt er mellem ca. 7.200 og 15.300 langvarigt sygemeldte, som ikke er i arbejde i gennemsnit 18 måneder efter deres første fraværsdag, der vil kunne komme i arbejde med en ændret indsats.<sup>1</sup> Der er imidlertid flere grunde til at være forsigtig med at tage disse tal som et "håndfast" udtryk for den mulige gevinst af at forbedre eller ændre indsatsen over for langvarigt sygemeldte.

### Nogle sygemeldte kommer i arbejde af sig selv

En del af de langtidssygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, vil "komme i arbejde af sig selv", fx fordi deres helbred bliver bedre, eller fordi deres arbejdsevne bliver bedre i forbindelse med deres deltagelse i revalidering. Disse personer vil komme i arbejde under de nuværende omstændigheder – med den

---

1. Dette skøn er beregnet som: andelen af undersøgelsens sygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet (37,6 pct.) gange med antal personer med en afsluttet sygedagpengesag af mindst 9 ugers varighed (79.889, Danmarks Statistik, 2002: tabel 7) gange med den skønnede andel af undersøgelsens sygemeldte, som potentielt vil kunne komme i arbejde (henholdsvis 24 pct. og 51 pct.), og som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet.

nuværende sygefraværspolitik. Når vi skal give et skøn over, om det ved en ændret indsats vil være muligt at få flere langvarigt sygemeldte i arbejde end i dag, skal disse personer derfor ikke medregnes.

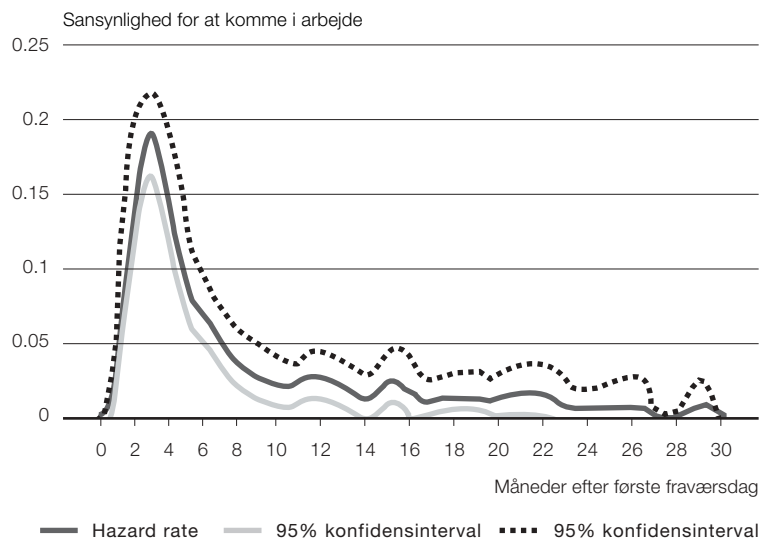
Der er beregnet et skøn for, hvor mange af de sygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, som af sig selv vil komme i arbejde i løbet af det følgende år. Denne beregning kompliceres af, at der på interviewtidspunktet var forskel på, hvor lang tid der var gået, siden sygemeldingen begyndte. Nogle sygemeldte blev fx interviewet ca. 1 år efter første sygefraværdsdag, mens andre havde været sygemeldt i væsentlig længere tid. Da chancen for at komme i arbejde falder jo længere tid, der er gået siden sygemeldingens begyndelse, vil der være forskel på, hvor mange af de sygemeldte, der ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, som kommer i arbejde af sig selv (se figur 9.1).

I den tredje måned efter første fraværdsdag, som er det tidspunkt, hvor de sygemeldte kom med i undersøgelsen, er sandsynligheden for at komme i arbejde størst (0,19). Herefter falder sandsynligheden meget hurtigt. Efter 6 måneder er sandsynligheden for at komme i arbejde 0,07. 1 år efter sygemeldingens begyndelse og de følgende måneder er chancen for at komme i arbejde meget lav – mellem 0,02 (efter 1 år) og 0,005 (efter 2 år).



Figur 9.1

Beregnet sandsynlighed for at langtidssygemeldte kommer i ustøttet arbejde som funktion af tiden



Anm: Kurven angiver sandsynligheden for at en sygemeldt kommer i arbejde på et givent tidspunkt, fx 10 måneder efter sygemeldingens begyndelse, under forudsætning af at den sygemeldte endnu ikke er kommet i arbejde.

Ved hjælp af en overlevelsesanalyse kan der tages hensyn til, at de sygemeldte på interviewtidspunktet har forskellig chance for at komme i arbejde. På grundlag af en sådan overlevelsesanalyse er det beregnet, hvor mange af de sygemeldte, der ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, som kommer i arbejde af sig selv (se bilaget). Ca. 8,5 procent af de sygemeldte med en middel til god selv vurderet arbejdsevne (værdierne 5-10) skønnes at komme i arbejde indenfor et år efter interviewet. Blandt dem med en god arbejdsevne (værdierne 8-10) er den tilsvarende andel 9,6 procent. Når skønnet, over hvor mange der potentielt vil kunne komme i arbejde af en ændret indsats, justeres for, hvor mange som kommer i arbejde af sig selv, får man, at der på landsplan årligt er mellem 6.500 og 14.000 sygemeldte, som potentielt vil kunne komme i arbejde.

Årsagen til, at kun 8 til 10 procent kommer i arbejde af sig selv i løbet af 1 år, er, at den 1-årige periode ligger forholdsvis langt tid

efter sygemeldingens begyndelse, i gennemsnit 1½ til 2½ år efter første fraværdsdag, hvor chancen for at komme i arbejde er lille, se figur 9.1. Det tidspunkt, hvor de sygemeldte er interviewet, ligger med andre ord så lang tid efter sygemeldingens begyndelse, at kun få efterfølgende kommer i arbejde.

### Skønnet afhænger af hvornår de sygemeldte interviewes

Skønnet, over hvor mange der maksimalt vil kunne komme i arbejde med en ændret sygefraværspolitik, er formentlig følsomt overfor, hvor lang tid efter sygemeldingens begyndelse skønnet beregnes. Nærværende skøn er således baseret på oplysninger fra interview, som i gennemsnit er gennemført 18 måneder efter sygemeldingens begyndelse. Hvis interviewene var gennemført fx 6 måneder efter første sygefraværdsdag, ville der være flere af de sygemeldte, som ikke er i arbejde, og blandt disse personer ville flere formentlig svare, at de har en god arbejdsevne og på længere sigt regner med at komme i arbejde. Dette indebærer, at skønnet, over hvor mange der vil kunne komme i arbejde, ville blive større. Til gengæld ville antallet af sygemeldte, som kommer i arbejde af sig selv, også være større, hvilket trækker i den modsatte retning. Skønnet, over hvor mange der vil kunne komme i arbejde, vil med andre ord afhænge af hvilken af de to modsatrettede effekter, som er størst.

### De sygemeldte kan fejlvurdere deres arbejdsevne

En tredje grund til at skønnet skal fortolkes varsomt er, at det forudsættes, at vurderingen af arbejdsevnen blandt dem, der er i arbejde, sker på samme måde som blandt dem, der ikke er i arbejde. Det forudsættes med andre ord, at de to grupper af personer bruger samme målestok til at vurdere deres arbejdsevne. Det er i midlertid ikke sikkert, at de bruger samme målestok. De sygemeldte, som ikke er i arbejde, kan således undervurdere deres arbejdsevne. Det kan fx ske, hvis de vurderer deres arbejdsevne ved at sammenholde deres helbred og funktionsevne med jobkravene i det job, de blev sygemeldt fra. Det kan således være, at sygemeldte ikke er bevidste om, at de er i stand til at varetage en række jobfunktioner i andre job, end det de havde, da de blev sygemeldt. Hvis personer uden arbejde undervurderer deres arbejdsevne vil skønnet for, hvor mange der vil kunne komme i arbejde, også blive undervurderet.

De sygemeldte, som ikke er i arbejde, kan imidlertid også overvurdere deres arbejdsevne. For nogle vil det kunne ske, hvis de har en stor forventning til eller ønske om at komme i arbejde, som måske ikke kan realiseres på grund af deres helbredsproblemer, hvilket de først vil finde ud af, når de eventuelt forsøger at genoptage arbejdet. Dette understøttes af resultaterne fra en kvalitativ undersøgelse af langvarigt sygemeldte, hvor nogle af de interviewede begyndte at arbejde efter en langvarig sygemelding men måtte opgive det, fordi deres arbejdsformåen ikke stod mål med kravene i arbejdet (se Boll og Clausen, 2003). Dette taler for, at skønnet, over hvor mange der vil kunne komme i arbejde, overvurderes. Nogle af de sygemeldte, som ikke er i arbejde kan også overvurdere deres arbejdsevne, fordi de ikke er opmærksomme på, at en lang periode uden kontakt til arbejdsmarkedet kan indebære, at deres faglige og/ eller personlige kvalifikationer ikke er blevet vedligeholdt.

Alt i alt synes konklusionen at være, at mange af de sygemeldte, som ikke er i arbejde, er motiveret for at komme i arbejde. Mere end halvdelen regner med, at det kan lade sig gøre på normale eller særlige vilkår. På den baggrund ser det ud til, at der er et anseligt uudnyttet potentiale af arbejdskraft blandt de langvarigt sygemeldte. På den anden side ser det ud til, at det vil være vanskeligt at få væsentligt flere af de sygemeldte i arbejde under de nuværende omstændigheder – med de nuværende økonomiske konjunkturer og den nuværende sygefraværspolitik m.v. Analyserne i dette afsnit tyder således på, at den gruppe af sygemeldte, som ikke er kommet i arbejde efter de første 6-8 måneder af sygemeldingen, gennemgående har meget små chancer for at komme i arbejde.

## Diskussion: Flere sygemeldte i arbejde – hvordan?

Set i et internationalt perspektiv har Danmark som nævnt et meget lavt sygefravær. Flere undersøgelser inden for de seneste 10 år viser samstemmende, at sygefraværet er lavere i Danmark end i de fleste andre europæiske lande, vi normalt sammenligner os med. Det gælder både lande som Sverige, Norge, Holland, Frankrig og Irland (Einerhand m.fl. 1995; NOU, 2000; Nyman, Bergendorff, og Palmer, 2002; Arbejdsmiljøinstituttet, 2003). På et mere overordnet plan tyder dette på, at det kan være vanskeligt at reducere sygefra-

været og øge integrationen af sygemeldte på arbejdsmarkedet i større omfang. På den anden side er der tilsyneladende store forskelle i sygefraværet mellem forskellige kommuner, mellem virksomheder og mellem forskellige afdelinger på samme virksomhed (Beskæftigelsesministeriet, 2003). Det tyder på, at det er muligt at reducere sygefraværet og øge integrationen af sygemeldte på arbejdsmarkedet. Spørgsmålet er, hvordan det bedst kan gøres.

### Fastholdelse er det største problem

Der er en del, som tyder på, at man kan øge sygemeldtes integration på arbejdsmarkedet ved i højere grad at koncentrere indsatsen om at fastholde de sygemeldte på den virksomhed, hvor de bliver sygemeldt. En sammenligning af den danske og hollandske politik tyder således på, at den danske politik understøtter integration af personer med helbredsproblemer, som ikke har tilknytning til en arbejdsgiver (Høgelund, 2003). Til gengæld understøtter den danske politik i langt mindre grad, at virksomhederne fastholder langvarigt sygemeldte. Baggrunden er, at danske arbejdsgivere har et forholdsvis begrænset ansvar for sygemeldte. Det gælder både med hensyn til finansiering af sygedagpenge og førtidspension og med hensyn til deres ansvar for sygemeldte. Ansvar for den sygemeldte er begrænset, fordi det er forholdsvis nemt at afskedige sygemeldte, og fordi der ikke er krav om, at arbejdsgiverne skal yde en indsats for at fastholde sygemeldte medarbejdere. Fordelen er, at det understøtter, at arbejdsgivere ansætter personer med helbredsproblemer, fordi arbejdsgiveren ikke løber en stor risiko: virksomheden kan forholdsvis nemt og med begrænsede udgifter skille sig af med den pågældende person, hvis det senere viser sig, at vedkommende ikke kan leve op til virksomhedens forventninger. Ulempen er, at det ofte kan betale sig for arbejdsgiveren at afskedige en sygemeldt medarbejder i stedet for at fastholde vedkommende. Mens dette kan være en fordel for arbejdsgiveren, kan det være en ulempe for den sygemeldte, som risikerer at blive marginaliseret. Afskedigelsen af den sygemeldte vil også være en samfundsmæssig ulempe i tilfælde, hvor det fx kræver en dyr revalideringsindsats at få den sygemeldte i arbejde samtidig med, at det med begrænsede midler havde været muligt at fastholde den sygemeldte på virksomheden. Dette taler for, at det gælder om at forbedre mulighederne for at fastholde sygemeldte medarbejdere uden at skade arbejdsgivernes incitamenter til at rekruttere personer med helbredsproblemer.

Det er værd at bemærke, at den demografiske udvikling, som vil skabe mangel på arbejdskraft, i sig selv vil give arbejdsgiverne et øget incitament til at fastholde og integrere medarbejdere med nedsat arbejdsevne.

Øget brug af tidlig opfølgningssamtale kan øge fastholdelsen

Denne undersøgelse tyder på, at en ændring af sygefraværspolitikken også vil kunne bidrage til øget fastholdelse af langvarigt sygemeldte lønmodtagere. Tidlig opfølgning er en af de veje, man kan gå for at opnå det. Resultaterne tyder således på, at afholdelse af opfølgningssamtale indenfor 8 uger efter sygemeldingens begyndelse forøger sygemeldtes chance for at blive fastholdt hos den gamle arbejdsgiver. Den positive effekt af tidlig opfølgning kan skyldes, at der opnås en tidlig afklaring af, hvornår den sygemeldte kan vende tilbage i arbejde. Denne afklaring giver arbejdsgiveren og den sygemeldte en sikkerhed, som kan forhindre, at arbejdsgiveren afskediger den sygemeldte. Den positive effekt kan også hænge sammen med, at opfølgningssamtalen har en motivations- eller skræmmeeffekt, som får nogle sygemeldte til at forsøge at genoptage deres arbejde tidligt, hvormed fyring undgås.

Samtidigt afholder kommunerne kun opfølgningssamtale indenfor 8 uger i 22 procent af de langvarige sygedagpengesager. Dette skal sammenholdes med, at godt en tredjedel af de sygemeldte bliver fyret, og lidt mindre end en femtedel selv siger op. Det tyder på, at der er nogle sygemeldte, som har været i fare for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, og hvor en tidlig indsats måske kunne have forhindre det. Det er således muligt, at en øget brug af tidlige opfølgningssamtaler kan forøge fastholdelsen af sygemeldte på arbejdsmarkedet.

Denne strategi er imidlertid ikke uden problemer. Dels fordi det ikke er sikkert, at det er hensigtsmæssigt at foretage tidlig opfølgning i alle sager. Undersøgelsen viser således, at en del af de sygemeldte kommer i arbejde af sig selv uden, at de har været i kontakt med kommunen. I disse sager vil det derfor være spild af ressourcer med en tidlig indsats. Dels fordi den sygemeldte på et tidligt tidspunkt i sygdomsforløbet stadig kan være så syg, at førtidspensionering eller anden passiv forsørgelse på det tidspunkt synes at være den

eneste mulighed. Hermed kan både den sygemeldte og kommunen komme til at fokusere på passiv forsørgelse og dermed modvirke, at den sygemeldte senere kan komme i arbejde, hvis helbredstilstanden bliver bedre. Problemet er, at vi ikke ved, i hvor mange og hvilke sager tidlig opfølgning ikke virker eller måske ligefrem er skadeligt. Det kan med andre ord være vanskeligt at sige, hvor kommunerne skal sætte ind.

Tilskud, information og tilpasning af arbejdsforholdene  
En anden strategi, som ikke udelukker tidlig afholdelse af opfølgningssamtale i sygedagpengesager, er at give flere og/eller bedre økonomiske tilskud til arbejdsgivere, som fastholder og integrerer personer med helbredsproblemer. Det kan være løntilskud som i fleksjob-ordningen, midlertidige tilskud til arbejdsoptræning, eller tilskud til hjælp til arbejdsredskaber, indretning af arbejdspladsen eller lignende. Det vil både øge arbejdsgivernes tilskyndelse til at fastholde og integrere personer med helbredsproblemer.

Der synes også at være et potentiale i denne strategi. Flere udenlandske undersøgelser – men endnu ingen danske - har undersøgt betydningen af tilpasninger af sygemeldtes arbejdsforhold, fx ved nedsat arbejdstid, nye arbejdsopgaver og arbejde, hvor der tages særlige hensyn til den sygemeldtes helbredsproblemer. Disse undersøgelser tyder på, at ændringer af sygemeldtes arbejdsforhold forøger de sygemeldtes integration på arbejdsmarkedet (Loisel m.fl., 1997; for en oversigt: Krause og Lund, 2003).

Mulighederne i denne strategi understøttes af, at tilskud til tilpasninger og hjælpemidler kun anvendes i begrænset omfang. I denne undersøgelse er det således i meget få sager, hvor kommunen har ydet tilskud til arbejdsredskaber (i 1 procent af sagerne) og hjælpemidler (1 procent). En tidligere undersøgelse giver et lignende billede (Høgelund og Modvig, 1998). Den begrænsede brug af tilskud betyder imidlertid ikke, at der ikke etableres arbejdspladstilpasninger. Blandt de sygemeldte i nærværende undersøgelse, som er kommet i arbejde, er der således 22 procent, som oplyser, at der i arbejdet tages særlige hensyn til deres helbredsproblemer fx i form af et særligt bord, en særlig stol, eller specielt værktøj o.l. Ligeledes er der ca. 25 procent, som har fået henholdsvis kortere arbejdstid og andre arbejdsopgaver (dette er nærmere beskrevet i Filges og

Høgelund, 2003). Alt i alt har ca. halvdelen af de sygemeldte, som er kommet i arbejde, fået tilpasset deres arbejdsforhold på mindst en af disse måder.

Den begrænsede brug af tilskud tyder i stedet på, at arbejdsgiverne ikke er tilstrækkeligt opmærksomme på mulighederne for at få tilskud og vejledning om fastholdelse og integration af personer med helbredsproblemer. I en undersøgelse af Boll og Clausen (2003) giver nogle arbejdsgivere således udtryk for, at de ikke har den nødvendige viden, om hvad der skal til for at kunne fastholde sygemeldte medarbejdere. Arbejdsgiverne udtrykker ønske om en mere aktiv indsats fra kommunens side. At der kan være behov for en mere aktiv indsats understøttes af, at kommunerne i denne undersøgelse kun har været i kontakt med den sygemeldtes arbejdsgiver i 14 procent af sagerne.

Det er derfor muligt, at flere sygemeldte vil kunne fastholdes i arbejde, hvis arbejdsgiverne i højere grad bliver opmærksom på mulighederne for tilskud, og hvad der i øvrigt kan gøres for at fastholde en sygemeldt medarbejder. Det vil så kunne indgå i deres overvejelser om, hvorvidt de skal afskedige eller forsøge at fastholde den sygemeldte. I disse overvejelser vil tilskud og hjælp til fastholdelse gøre det mere attraktivt for arbejdsgivere at fastholde den sygemeldte på arbejdspladsen.

Ligesom det er tilfældet med tidlige opfølgning, kan der være problemer ved denne strategi, som skal overvindes. Det vil således være ressourcekrævende, hvis kommunerne skal kontakte og informere arbejdsgivere i alle sygedagpengesager. Hvis det ikke skal ske i alle sager, hvordan skal kommunerne så udvælge de sager, hvor arbejdsgiveren skal kontaktes? En anden barriere kan bestå i, at mulighederne for at tilpasse arbejdsforhold kan variere afhængigt af branche og stilling. Der kan være virksomheder og stillinger, hvor det fx kan være vanskeligt at give den sygemeldte nye arbejdsopgaver. Analyser viser således, at lønmodtagere, som sygemeldes fra en leder- eller akademikerstilling, ofte får nedsat arbejdstid men forholdsvis sjældent får nye arbejdsopgaver. Omvendt får arbejdere forholdsvis sjældent nedsat arbejdstid men til gengæld oftere nye arbejdsopgaver (se Filges og Høgelund, 2003).

Alt i alt tyder det således på, at der er mulighed for at fastholde flere sygemeldte på arbejdsmarkedet. Der synes således både at være et potentiale i tidligere opfølgning og i at fremme tilpasninger af sygemeldtes arbejdsforhold. Samtidig ser der ud til at være nogle vanskeligheder, som skal overvindes, hvis strategierne skal lykkes: Hvordan identificeres sager, hvor det vil være gavnligt at følge tidligt op? Har kommunernes ressourcer til både at følge tidligt op i flere sager, og i øvrigt være mere udfarende i forhold til arbejdsgiverne? Og virker arbejdspladstilpasninger i Danmark, virker de lige godt for alle sygemeldte, og er der tilpasninger, der er bedre end andre?



## Bilag til kapitel 2

### Undersøgelsens datamateriale

Undersøgelsens datamateriale udgøres af personer med en afsluttet sygedagpengesag af mere end 8 ugers varighed. Sagerne er udvalgt i 52 kommuner. For at sikre at de udvalgte sager fra de 52 kommuner er repræsentative for sager fra hele landet, er der benyttet en stratificeret tilfældig udvælgelse. Der er dannet 8 strata på baggrund af kommunernes geografiske placering og antal længerevarende sygedagpengesager. Først er de 52 kommuner udvalgt tilfældigt, og bagefter er sygedagpengesagerne udvalgt tilfældigt. Der er så vidt muligt udvalgt den samme andel af sager i alle strata. Herved sikres, at stikprøven ligner alle landets kommuner med hensyn til geografisk placering og varigheden af sygedagpengesager. Der er således tale om en repræsentativ to-trins-klyngeudvælgelse. Nedenfor beskrives udvælgelsesproceduren, hvor mange interview, der er opnået, og hvordan sagerne er vægtet.

### Udvælgelsen af sygedagpengesager

I juli 2002 blev kommunerne forespurgt, om Socialforskningsinstituttet måtte gøre brug af de administrative oplysninger om kommunens sygedagpengemodtagere, som er registreret i KMD (tidligere Kommunedata). 235 af landets kommuner gav denne tilladelse. Instituttet valgte at tage udgangspunkt i de sygedagpengeperioder (delperioder), som sluttede i perioden august 2001 til og med

## Bilagstabel B2.1

Antal sygedagpengesager af mere end 8 ugers varighed i 235 kommuner i perioden 1.8 2001 – 28.2 2002. Opdelt efter landsdele og antal langvarige sager i perioden.

Antal langvarige sager pr. kommune i perioden	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
4 – 176 sager		5.904	1.996	9.020	16.920
177 – 633 sager		7.605	845	8.164	16.614
634 eller flere sager	5.440			5.720	11.160
I alt	5.440	13.509	2.841	22.904	44.694

februar 2002. Da nogle sygedagpengesager af administrative/tekniske grunde er opdelt i flere delperioder, selvom det drejer sig om samme sygefravær, er det valgt at samle delperioder i en sammenhængende sygeperiode, når adskillelsen ikke var for lang. Hvis (del-)perioder er afbrudt i 14 dage eller derunder, er de kædet sammen i én sammenhængende sygeperiode. Hovedparten af forløb er ikke sammenkædet. I bilagstabel B2.1 ovenfor vises antallet af sådanne langvarige forløb – på mere end 8 ugers varighed – i de 235 kommuner - fordelt på landsdele og efter omfanget af langvarige sygeperioder pr. kommuner i den angivne periode. Det er disse ca. 45.000 sager, der er undersøgelsens population.

## Bilagstabel B2.2

Fordelingen af de 235 kommuner efter landsdele og antal sygedagpengesager af mere end 8 ugers varighed i perioden 1.8 2001 – 28.2 2002.

Antal langvarige sager pr. kommune i perioden	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
4 – 176 sager	0	60	26	94	180
177 – 633 sager	0	22	3	24	49
634 sager eller flere	2	0	0	4	6
I alt	2	82	29	122	235

Det er den fordeling af sager efter landsdele og efter omfanget af langvarige sygeperioder, der er vist i bilagstabel B2.1, som undersøgelsens udvalgte sager gerne skulle ligne.

Udover oplysninger fra interview med sygemeldte bygger undersøgelsen også på administrative oplysninger fra kommuner om sygeforløbets hændelser, fx indhentning af lægeerklæringer og igangsatte revalideringsforanstaltninger. Endvidere indhentes survey-oplysninger om de pågældende kommuners fremgangsmåde ved behandling af sygedagpengesager. Med dette undersøgelsesdesign blev det besluttet at udvælge et begrænset antal kommuner, hvor der simpelt tilfældigt udvalgte et antal sygeperioder til brug i surveyundersøgelsen og efterfølgende suppleret af de pågældende kommuners administrative oplysninger om de udvalgte sager. Endvidere blev det skønnet, at store kommuner, hvor der ved simpel tilfældig udvælgelse skulle udvælges mere end 100 dagpengesager, kunne afslå at medvirke, hvis antallet af udvalgte sager – og dermed kommunens forbrug af ressourcer – blev for stort. Derfor blev det besluttet, at der højst kunne udvælges 100 langvarige sygedagpengesager i hver kommune. Der er vægtet for dette forhold, så stikprøvedesignet er repræsentativt.

De udvalgte 52 kommuner fremgår af bilagstabel B2.3. Forinden havde man indhentet tilladelser til at bruge disse kommuners administrative oplysninger, ligesom kommunerne havde indvilget i at afsætte de fornødne ressourcer til at levere disse oplysninger.

I de 52 udvalgte kommuner udvalgte 2.580 langvarige sygedagpengesager blandt de registrerede sygeperioder, hvor der kun var involveret én kommune i sagen. De udvalgte sager/personer fordeler sig på landsdele og antal langvarige sygeperioder pr. kommune som vist i bilagstabel B2.4. Ud fra bilagstabel B2.4 og bilagstabel B2.1 kan udvalgssandsynligheden i de enkelte landsdele og "størrelse" (antal langvarige sygedagpengesager) af kommuner udregnes, jf. bilagstabel B2.5.

## Bilagstabel B2.3

Kommuner, hvis langvarige sygedagpengesager i perioden 1.8 2001 – 28.2 2002 er udvalgt til interview, fordelt på landsdele og antal langvarige sygedagpengesager. (Kommunenummer anført foran kommunens navn).

Antal langvarige sager pr. kommune i perioden	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Fyn Lolland Falster og Bornholm	Jylland	I alt	
4 – 176 sager		171 Ledøje-Smørum 187 Vallensbæk 189 Værløse 201 Allerød 221 Hundested 227 Karlebo 355 Holeby 357 Holmegård 367 Nakskov 389 Stevns 409 Åkirkeby	427 Egebjerg 429 Ejby 435 Gudme	505 Bredebro 525 Nørre Rangstrup 545 Åbenrå 553 Blåbjerg 567 Helle 573 Varde 603 Børkop 605 Egtved 619 Juelsminde 623 Lunderskov 683 Vinderup 703 Galten 723 Nørhald 775 Møldrup 777 Sallingsund 785 Sydthy 843 Skørping	8
177 – 633 sager		151 Ballerup 157 Gentofte 163 Herlev 259 Køge 253 Greve 329 Ringsted 373 Næstved	449 Nyborg 479 Svendborg	621 Kolding 665 Lemvig 707 Grenå 743 Silkeborg 779 Skive 821 Hjørring 847 Sæby	16
634 sager eller flere	101 København 147 Frederiksberg			731 Randers 751 Århus 851 Ålborg	5
I alt	2	18	5	27	52

## Bilagstabel B2.4

Antal langvarige sygedagpengesager/sygemeldte afsluttet i perioden 1.8 2001 – 28.2 2002 udvalgt i de 52 kommuner, fordelt på landsdele og antal langvarige sygedagpengesager.

Antal langvarige sager pr. kommune i perioden	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
4 – 176 sager	0	397	98	576	1.071
177 – 633 sager	0	500	107	402	1.009
634 sager eller flere	200			300	500
I alt	200	897	205	1.278	2.580

## Bilagstabel B2.5

Udvalgsprocent i de 52 kommuner, fordelt på landsdele og efter kommuners antal langvarige sygedagpengesager i perioden 1.8 2001 – 28.2 2002. Udvalgsprocent beregnet fra bilagstabel B2.4 og 1. Procent.

Antal langvarige sager pr. kommune i perioden	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
4 – 176 sager		6,00	4,66	5,91	5,79
177 – 633 sager		5,97	12,19	4,54	5,59
634 sager eller flere	3,29			4,74	4,03
I alt	3,29	5,98	6,90	5,13	5,28

Af bilagstabel B2.5 ses, at sager fra kommuner med flest dagpengesager har haft en mindre sandsynlighed for at blive udvalgt. Det skyldes, at der i disse kommuner burde være udvalgt flere sager end de 100 sager, der blev fastsat som det maksimale antal sager, der kunne udvælges fra en kommune. Der er som nævnt vægtet for dette forhold, så stikprøven er repræsentativ. Det kan også ses, at udvalgssandsynligheden er stor for mellemstore kommuner på Fyn. Baggrunden herfor er, at der blandt de små kommuner på Fyn kun blev givet tilsagn om at deltage i undersøgelsen fra tre kommuner. For at kompensere for dette blev der udvalgt yderligere en kommune blandt mellemstore kommuner på Fyn, men som det fremgår af bilagstabel B2.5, er der forsat tale om en høj udvalgssandsynlighed.

I analyserne er der vægtet for forskelle i udvalgssandsynligheden, så stikprøven er repræsentativ, se nedenfor.

## Opnåede interview

I udgangspunktet blev 2.580 langvarige sygedagpengesager fra de 52 kommuner udvalgt til interview. Disse personer udgør undersøgelsens brutto-udvalg. Blandt disse sager/personer blev 222 frasorteret, fordi de var døde, udvandret, eller ikke kunne kontaktes af andre årsager, fx på grund af institutionsophold. Af de resterende 2.358 var det ikke muligt at finde telefonnummer for 391 på personer. Af de tilbageværende 1.967, som kan kaldes undersøgelsens netto-udvalg, opnåede SFI-Survey interview med 1.606. I forhold til netto-udvalget er opnåelsesprocenten 82. Af de 1.606 personer, der er opnået interview med, udgik 25, som fx oplyser, at de ikke var lønmodtager eller ledig, da de blev sygemeldt. De resterende 1.581 personer udgør arbejdspapirets datagrundlag. Bilagstabel B2.6 viser datamaterialets 1.581 personer fordelt på landsdele og efter kommuners antal langvarige sygedagpengesager, og bilagstabel B2.7 viser, hvor stor en andel de opnåede interview udgør af undersøgelsens population (beregnet på grundlag af bilagstabel B2.6 og bilagstabel B2.1).

Opnåelsesprocenten i bilagstabel B2.7 udtrykker to forhold, dels hvor stor sandsynlighed der har været for at udvælge en sag fra en af bilagstabellens celler, dels hvor mange interview der er opnået i

### Bilagstabel B2.6

Antal opnået interview med langvarige sygemeldte i 52 kommuner, fordelt på landsdele og efter kommuners antal langvarige sygedagpengesager i perioden 1.8 2001 – 28.2 2002.

Antal langvarige sager pr. kommune i perioden	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
4 – 176 sager	0	251	70	396	697
177 – 633 sager	0	298	68	257	571
634 sager eller flere	79			162	241
I alt	79	549	138	815	1.581

## Bilagstabel B2.7

Opnåelsesprocent i de 52 kommuner, fordelt på landsdele og efter kommuners antal langvarige sygedagpengesager i perioden 1.8 2001 – 28.2 2002. Opnåelsesprocent udregnes fra bilagstabel B2.6 og bilagstabel B2.1. Procent.

Antal langvarige sager pr. kommune i perioden	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland	I alt
4 – 176 sager		4,25	3,51	4,39	4,12
177 – 633 sager		3,92	8,05	3,15	3,44
634 sager eller flere	1,43			2,83	2,16
I alt	1,43	4,06	4,86	3,56	3,54

den pågældende celle i bilagstabellen. Den lave opnåelsesprocent i København og Frederiksberg kommuner på 1,43 procent udtrykker således både, at udvalgssandsynligheden i de to kommuner har været lav, og at der er opnået få interview i de to kommuner. Af bilagstabellen ses også, at opnåelsesprocenten gennemgående er lav i kommuner med mange langvarige sygedagpengesager, hvilket afspejler, at der gennemgående er både en lav udvalgssandsynligheden og en lav opnåelsesprocent i store kommuner.

Dagpengemodtagerne blev interviewet i telefon af SFI-Survey i oktober-november 2002. I december 2002 fik kommunerne tilsendt et lille spørgeskema om deres sagsbehandling af undersøgelsens netto-udvalg, de udvalgte 1.967 sager. Kommunerne besvarede i alt 1.739 skemaer, hvilket svarer til en opnåelsesprocent på 88. I marts 2003 blev undersøgelsens 52 kommuner bedt om at besvare et spørgeskema om kommunens administrative politik på sygedagpenggeområdet. I Københavns kommune, hvor sagsbehandlingen sker i servicecentre, fik de 14 centre som deltog i undersøgelsen tilsendt et skema. I alt blev der udsendt 65 skemaer, og der opnåedes svar fra 62 kommuner/centre.

I næste afsnit beskrives, hvordan datamaterialet er vægtet, så stikprøvedesignet er repræsentativt. Der tages udgangspunkt i de 1581 opnåede interview med sygemeldte personer. Lignende vægtningsprocedurer er foretaget i de sager, hvor der er opnået interview med

dels sygemeldte og sagsbehandlere (i alt 1403 sager) og dels sygemeldte, sagsbehandlere og kommunerne (i alt 1310 sager).

## Vægtning

For at tilstræbe at de 1.581 personer, der udgør arbejdspapirets datagrundlag, er repræsentative for sygedagpengesager i de 235 kommuner med hensyn til geografisk beliggenhed og antal langvarige sygedagpengesager, er der vægtet for forskelle i udvalgssandsynlighed og opnåelsesprocent. Det er sket i tre trin. Først er de opnåede interview i hver af de udvalgte kommuner vægtet op til antal langvarige sygedagpengesager i den pågældende kommune ( $\text{vægt1} = \text{antal dagpengesager i kommunen} / \text{antal opnåede interview i kommunen}$ ). Dernæst er de opnåede interview i hvert stratum (det vil sige i hver af bilagstabel B2.7's celler) vægtet op til antal langvarige sygedagpengesager i det pågældende stratum ( $\text{vægt2} = \text{antal dagpengesager i stratum} / \text{antal opnåede interview i stratum}$ ). Den samlede vægt, som et opnået interview i en given kommune tildeles, er beregnet som produktet af de to vægte ( $\text{vægt1} * \text{vægt2}$ ). Denne vægt opregner således til hele populationen på 44.694 sager. I de statistiske analyser skal usikkerheden beregnes med udgangspunkt i de 1.509 opnåede interviews. Populationsvægten er derfor i de statistiske analyser blevet korrigeret således, at summen af antal opnåede interview gange med vægten i hver kommune bliver lig med 1.581. Disse vægte, som varierer mellem 0,38 og 4,81, er anvendt i arbejdspapirets analyser (se bilagstabel B2.8).

I den statistiske analyse skal der benyttes vægte for at sikre at resultaterne er repræsentative. Men det er ikke muligt på samme simple måde at beregne usikkerheden (spredningen) på estimerne. Det skyldes, at datamaterialets dagpengesager ikke er tilfældigt udvalgt blandt samtlige længerevarende sygedagpengesager, men er udvalgt i en to-trins procedure, hvor der først er blevet valgt 52 kommuner i de 8 strata, og der derefter tilfældigt er blevet udvalgt et antal sygedagpengesager i disse kommuner. Denne to-trins klyngeudvælgelse kan give anledning til en lidt højere usikkerhed (spredning), end hvis samtlige dagpengesager var blevet udvalgt tilfældigt blandt samtlige kommuner. Hvor stor en forøgelse, der er tale om, kaldes i stikprøveteorien for designeffekten. Hvor stor denne designeffekt er, afhænger af, hvor stor variationen er mellem sager indenfor kommuner, sam-



## Bilagstabel B2.8

Datamaterialets kommunevægte, fordelt på landsdele og antal langvarige sygedagpengesager. (Kommunennummer anført foran kommunens navn).

Antal lang- varige sager pr. kommune i perioden	København og Frederiksberg	Øvrige Sjælland, Lolland Falster og Bornholm	Fyn	Jylland			
4 – 176 sager		171 Ledøje- Smørum	0,73	427 Egebjerg	0,97	505 Bredebro	0,96
		187 Vallensbæk	0,94	429 Ejby	1,02	525 Nørre Rangstrup	0,84
		189 Værløse	0,76	435 Gudme	1,02	545 Åbenrå	1,59
		201 Allerød	0,74			553 Blåbjerg	0,64
		221 Hundested	0,78			567 Helle	0,69
		227 Karlebo	2,18			573 Varde	0,90
		355 Holeby	0,65			603 Børkop	0,89
		357 Holmegård	0,73			605 Egtved	0,72
		367 Nakskov	0,65			619 Juelsminde	0,74
		389 Stevns	0,86			623 Lunderskov	0,78
		409 Åkirkeby	0,76			683 Vinderup	0,79
						703 Galten	0,68
						723 Nørhald	0,78
						775 Møldrup	0,83
					777 Sallingsund	1,00	
					785 Sydthy	0,75	
					843 Skørping	0,57	
177 – 633 sager		151 Ballerup	1,00	449 Nyborg	0,38	621 Kolding	1,13
		157 Gentofte	0,92	479 Svendborg	0,48	665 Lemvig	1,17
		163 Herlev	1,19			707 Grenå	0,97
		253 Greve	0,96			743 Silkeborg	1,07
		259 Køge	0,92			779 Skive	1,59
		329 Ringsted	0,75			821 Hjørring	1,02
		373 Næstved	0,78			847 Sæby	1,10
634 sager eller flere	101 København	4,81				731 Randers	0,53
	147 Frederiks- berg	0,64				751 Århus	2,05
						851 Ålborg	1,14
I alt	2	18		5	27		

menlignet med variationen mellem kommuner. En design-effekt på 2,0 angiver, at i det valgte undersøgelsesdesign svarer 1.000 interview til 500 udvalgt simpelt tilfældigt i hele landet. Undersøgelsesdesignet i denne undersøgelse indebærer, at der er en meget beskeden design-effekt på 1,059, når materialet fordeles efter dagpengesagerens varighed (lignende effekter opnås, når materialet fordeles efter køn og alder), hvilket betyder, at de 1.581 interviewpersoner svarer til 1.468 interviewpersoner tilfældigt udvalgt i de 235 kommuner. Som en konsekvens heraf skal de statistiske teststørrelser korrigeres tilsvarende. Følgen af det valgte undersøgelsesdesign er med andre ord, at den effektive stikprøve er ca. 6 procent mindre end de 1.581 personer. Det valgte design er således næsten lige så effektivt som en simpel tilfældig udvælgelse i hele landet. Man kunne have frygtet, at der var lille variation indenfor kommunerne og stor variation imellem kommunerne, men analysen viser, at dette ikke er tilfældet. Fordelen er, at det benyttede design har begrænset antal kommuner, der skulle medvirke og derved reducerer den administrative byrde. Designet har således optimeret ressourceforbruget, uden at det har haft stor betydning for stikprøveusikkerheden.

Selv om stikprøven er repræsentativ, er datamaterialet imidlertid ikke nødvendigvis repræsentativt for alle landets 275 kommuner. Det skyldes, at ikke alle 275 kommuner har ønsket at deltage, ligesom der var et personbortfald i selve dataindsamlingen. Bilagstabel B2.9. viser datamaterialets sygedagpengesager fordelt efter sagerens varighed sammenlignet med dagpengesager fra hele landet. Tallene for hele landet bygger på Danmarks Statistiks årlige opgørelser over afsluttede dagpengesager. Danmarks Statistiks registrering af sygedagpengesagerens varighed kan afvige lidt fra den kodning af sagerne, der benyttes i denne undersøgelse, hvilket kan give anledning til afvigelser mellem varighederne i de to datakilder. For at kunne sammenligne varigheden af sagerne i denne undersøgelse med varighederne af sagerne fra hele landet, som de er publiceret af Danmarks Statistiks, omfatter bilagstabel B2.8 kun lønmodtagere.

## Bilagstabel B2.9

Afsluttede sygedagpengesager af mere end 8 ugers varighed for lønmodtagere fordelt efter sagernes varighed. Særskilt for sager i undersøgelsens datamateriale, i undersøgelsens population og i hele landet. Procent.

Sagsvarighed	Undersøgelsens data (vægtet)	Undersøgelsens population (235 kommuner)	Hele landet, 2001 (275 kommuner)
9-13 uger	33	34	32
14-26 uger	32	31	31
27-39	11	11	12
40-52	8	8	8
1-1,5 år	9	10	10
1,5-2 år	3	3	4
2 år-	4	4	4
I alt	100	101	100
Antal	1.367	37.463	95.592

Kilde: Undersøgelsens data og Danmarks Statistik (2002, bilagstabel B2.6).

Note: Sager i undersøgelsens data og population er afsluttet i perioden 1.8.2001 – 28.2.2002, og sager for hele landet er afsluttet i 2001.

Af bilagstabel 9 kan det ses, at varigheden af sygedagpengesagerne i undersøgelsens datamateriale med få afvigelser svarer til sagernes varighed i de 235 kommuner, der udgør undersøgelsens population. Det kan også ses, at der tilsyneladende kun er mindre forskelle mellem varigheden af sygedagpengesagerne i undersøgelsens datamateriale og i hele landet. Dette tyder på, at vi kan regne med, at det vægtede datamateriale i store træk kan antages at være repræsentativt for sygedagpengesager i landets 275 kommuner med hensyn fordelingen af langvarige sygedagpengesager.

## Bilag til kapitel 3

### Bilagstabel B3.1

Langvarigt sygemeldte lønmodtagere og lønmodtagere fordelt efter forskellige personkarakteristika. Procent.

		Langtidssygemeldte	Lønmodtagere
Statsborgerskab <sup>NS</sup>	Dansk	96	97
	Andet	4	3
Samlivsstatus <sup>***</sup>	Enlig	28	31
	Gift/samlevende	72	69
Hjemmeboende børn <sup>NS</sup>	Nej	61	62
	Ja	39	38
Erhvervs erfaring (antal år i beskæftigelse siden 1980 divideret med antal år i erhvervsaktiv alder siden 1980) <sup>***</sup>	0-24 procent	8	10
	25-49 procent	15	15
	50-74 procent	26	20
	75 procent og over	51	55
Anciennitet (antal år ansat på arbejdssted)*	0 år	28	29
	1-2 år	25	25
	3-5 år	18	18
	6-10 år	11	13
	Mere end 10 år	18	15
Antal sengedage i forbindelse med sygdom <sup>***</sup>	0	85	92
	Ambulant behandling	2	2
	1-3	7	4
	4-7	3	1
	8 og derover	3	1
Antal kontakter til speciallæge <sup>***</sup>	0	77	84
	1	8	6
	2-5	11	8
	6 og over	5	3
Antal		1.681	87.931

Note: Alle variabler er målt i året inden sygemeldingens begyndelse. Tabellen bygger på vægtede data (se bilag). Signifikansniveau: NS: Ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001.

## Bilagstabel B3.2

Langvarigt sygemeldte lønmodtagere og lønmodtagere fordelt efter forskellige karakteristika ved sygemeldingsarbejdssted. Procent.

		Langtidssygemeldte	Lønmodtagere
Andel højere funktionærer***	0 procent	26	25
	0-19 procent	53	48
	20 procent og derover	21	28
Andel lavere funktionærer*	0 procent	22	23
	0-19 procent	48	44
	20 procent og derover	30	33
Andel faglærte***	0-9 procent	11	13
	10-29 procent	22	24
	30-66 procent	33	35
	67-100 procent	34	28
Andel ikke-faglærte <sup>NS</sup>	0 procent	25	28
	0-19 procent	60	57
	20 procent og derover	15	15
Gennemsnitlig timeløn***	59-139 kr.	27	23
	140-159 kr.	24	21
	160 kr. og derover	49	57
Antal arbejdssteder i firma***	1	39	41
	2-8	13	16
	9	47	43
Antal		1.371-1.381	87.931

Note: Alle variabler er målt i året inden sygemeldingens begyndelse. Tabellen bygger på vægtede data (se bilag). Signifikansniveau: NS: Ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001.

### Bilagstabel B3.3

Langvarigt sygemeldte lønmodtagere og sygemeldte fra arbejdsløshedsdagpenge fordelt efter personkarakteristika. Procent.

		Langtidssygemeldte lønmodtagere	Langtidssygemeldte fra ledighed
Antal kontakter til alm. læge***	0	8	5
	1-2	17	12
	3-5	23	21
	6-9	24	19
	10 og derover	28	43
Antal kontakter til speciallæge <sup>NS</sup>	0	77	74
	1	8	7
	2-5	11	14
	6 og over	5	5
Antal sengedage i forbindelse med sygdom <sup>NS</sup>	0	85	83
	Ambulant behandling	2	4
	1-3	7	8
	4-7	3	3
	8 og derover	3	3
Højeste fuldførte uddannelse**	Ingen erhvervsuddannelse	37	47
	Erhvervsfaglig	42	39
	Videregående	20	14
Erhvervs erfaring (antal år i beskæftigelse siden 1980 divideret med antal år i erhvervsaktiv alder siden 1980)***	0-24 procent	8	19
	25-49 procent	15	31
	50-74 procent	26	28
	75 procent og over	51	22
Køn*	Mand	44	37
	Kvinde	56	63

Alder <sup>NS</sup>	18-29 år	15	11
	30-39 år	24	31
	40-49 år	27	24
	50-67 år	34	33
Statsborgerskab <sup>NS</sup>	Dansk	96	94
	Andet	4	6
Samlivsstatus <sup>NS</sup>	Enlig	28	33
	Gift/samlevende	72	67
Hjemmeboende børn <sup>NS</sup>	Nej	61	56
	Ja	39	44
Antal		1.679-1.683	275

Note: Alle variabler er målt i året inden sygdommeldingens begyndelse. Tabellen bygger på vægtede data (se bilag). Signifikansniveau: NS: Ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001.

## Bilag til kapitel 5

### Bilagstabel B5.1

Anvendelse af lægelig ekspertise fordelt efter kommunestørrelse. Procent

Kommunestørrelse	Anvendelse af lægelig ekspertise				I alt	Procentgrundlag
	Ja, altid	Ja, ofte	Ja, af og til	Nej, sjældent eller aldrig		
Under 10.000	20	63	17	0	100	44
10.000 – 50.000	11	50	19	20	100	48
50.000 – 100.000	0	75	25	0	100	6
100.000 og derover	2	83	11	4	100	2
Procentgrundlag	14	58	18	10	100	100

Anm: Tabellen bygger på vægtede data, se beskrivelsen i begyndelse af kapitel 5.

### Bilagstabel B5.2

Anvendelsen af AF – konsulenter fordelt efter kommunestørrelse. Procent

Kommunestørrelse	Anvendelse af AF – konsulenter		I alt	Procentgrundlag
	Ja	Nej		
Under 10.000	11	89	100	37
10.000 – 50.000	0	100	100	54
50.000 – 100.000	0	100	100	7
100.000 og derover	0	100	100	2
Procentgrundlag	4	96	100	100

Anm: Tabellen bygger på vægtede data, se beskrivelsen i begyndelse af kapitel 5.



## Bilagstabel B5.3

Indgåelse af partnerskabsaftaler fordelt efter kommunistørrelse. Procent

Kommunistørrelse	Indgåelse af partnerskabsaftale			
	Ja	Nej	I alt	Procentgrundlag
Under 10.000	57	43	100	44
10.000 – 50.000	85	15	100	48
50.000 – 100.000	100	0	100	6
100.000 og derover	79	21	100	2
Procentgrundlag	73	27	100	100

Anm: Tabellen bygger på vægtede data, se beskrivelsen i begyndelse af kapitel 5.

## Bilag til kapitel 8

### Bilagstabel B.8.1

Sygemeldte fordelt efter arbejdsmarkedsstatus efter sygemeldingens afslutning. Særskilt for person og arbejdsstedkarakteristika. I procent.

	Arbejdsmarkedsstatus				Antal
	Gammel arbejdsgiver	Ny arbejdsgiver	Ikke i arbejde	I alt	
<b>Personlige ressourcer: Helbred</b>					
<b>Antal kontakter til speciallæge året inden sygemeldingen<sup>NS</sup></b>					
0 kontakter	52	15	33	100	724
1 kontakt og derover	46	19	36	101	225
<b>Tidligere været sygemeldt i mindst 2 måneder? <sup>NS</sup></b>					
Ja	47	16	37	100	341
Nej	53	16	32	101	610
<b>Tidligere modtaget behandling for psykisk lidelse eller personlige problemer?<sup>***</sup></b>					
Ja	32	27	40	99	137
Nej	54	14	32	100	813
<b>Tidligere misbrugt alkohol, stoffer eller lignende?<sup>**</sup></b>					
Ja	25	21	54	100	40
Nej	52	16	33	101	911
<b>Sygemeldt på grund af arbejdsulykke?<sup>**</sup></b>					
Ja	41	12	47	100	155
Nej	53	16	31	100	786
<b>Andre personlige ressourcer</b>					
<b>Stilling<sup>***</sup></b>					
Ufaglært arbejder	46	11	43	100	246
Faglært arbejder m.v.	47	16	37	100	166
Kontor, service og salg	51	18	31	100	251
Leder, videregående uddannelse	57	18	25	100	262

Fortsættes på næste side >

### Arbeitsmarkedsstatus

	Gammel arbejdsgiver	Ny arbejds- giver	Ikke i arbejde	I alt	Antal
<b>Person karakteristika</b>					
<b>Køn<sup>NS</sup></b>					
Mand	53	15	32	100	427
Kvinde	49	17	35	101	524
<b>Alder<sup>***</sup></b>					
18-29 år	35	38	27	100	118
30-39 år	40	22	38	100	229
40-49 år	50	14	37	101	253
50-67 år	62	6	32	100	320
<b>Bor sammen med ægtefælle/samlever?*</b>					
Nej	43	22	36	101	195
Ja	53	14	33	100	755
<b>Har børn?*</b>					
Nej	54	15	31	100	562
Ja	46	17	37	100	388
<b>Beskæftigelsesmuligheder hos gammel arbejdsgiver</b>					
<b>Anciennitet (antal år på arbejdssted siden 1980)<sup>***</sup></b>					
0 år	35	31	34	100	227
1-5 år	51	14	34	99	381
6-10 år	67	4	30	101	100
Mere end 10 år	66	4	30	100	175
<b>Ændring i antal ansatte fra 2 år til året før sygdomsindmeldingens begyndelse<sup>NS</sup></b>					
Faldende	53	14	33	100	265
Uændret	51	16	33	100	355
Stigende	47	17	36	100	312
<b>Antal ansatte<sup>NS</sup></b>					
0-9	46	20	33	99	130
10-19	60	12	27	99	108
20-49	53	15	32	100	162
50-99	50	11	40	101	171
100 og derover	48	18	33	99	378
<b>Andel højere funktionærer blandt medarbejdere<sup>NS</sup></b>					
0 procent	54	16	29	99	221
0-19 procent	51	16	33	100	509
20 procent og derover	48	14	38	100	211

## Arbejdsmarkedsstatus

	Gammel arbejdsgiver	Ny arbejds- giver	Ikke i arbejde	I alt	Antal
<b>Andel lavere funktionærer blandt medarbejdere**</b>					
0 procent	47	16	36	99	194
0-19 procent	49	14	38	101	452
20 procent og derover	56	19	25	100	295
<b>Andel ikke-faglærte blandt medarbejdere***</b>					
0 procent	54	17	29	100	237
0-19 procent	54	15	31	100	571
20 procent og derover	34	17	49	100	133
<b>Gennemsnitlig timeløn <sup>NS</sup></b>					
59-139 kr.	50	14	36	100	235
140-159 kr.	49	17	34	100	199
160 kr. og derover	52	16	32	100	501
<b>Andel hovedbeskæftigede kvinder blandt medarbejdere<sup>NS</sup></b>					
0-40 procent	48	16	36	100	389
40-60 procent	50	15	35	100	173
60-100 procent	53	17	30	100	389
<b>Tilgangsrate fra 2 år før til året før sygemeldingernes begyndelse***</b>					
0-24 procent	58	11	32	101	497
25-49 procent	46	21	34	101	327
50-100 procent	37	25	38	100	117
<b>Andel ansatte beskæftiget på arbejdsstedet 1 år før sygemeldingens begyndelse, som også var beskæftiget på arbejdsstedet det foregående år***</b>					
0-60 procent	32	31	36	99	170
61-80 procent	52	16	32	100	413
81-100 procent	58	9	33	100	355
<b>Ledighed blandt ansatte året før sygemeldingens begyndelse*</b>					
Ingen	54	15	31	100	505
Lav	42	22	36	100	191
Høj	51	12	37	100	256

Fortsættes på næste side >

### Arbejdsmarkedsstatus

	Gammel arbejdsgiver	Ny arbejds- giver	Ikke i arbejde	I alt	Antal
<b>Branche<sup>NS</sup></b>					
Primær, sekundær	47	16	37	100	308
Handel m.v.	47	23	29	99	87
Hotel, transport og finans.	49	13	39	101	142
Offentlig sektor m.v.	54	15	31	100	408
<b>Ejerforhold*</b>					
Privat	47	18	34	99	501
Offentlig	55	14	30	99	324
Andet	52	9	39	100	123
<b>Antal arbejdssteder på virksomheden<sup>NS</sup></b>					
1 arbejdssted	46	18	36	100	380
2-9 arbejdssteder	53	10	37	100	127
10 arbejdssteder og derover	54	16	31	101	444
<b>Beskæftigelseschancer ny arbejdsgiver</b>					
<b>Antal ansættelser***</b>					
1 ansættelse	61	5	35	101	108
2-3 ansættelser	61	12	27	100	310
4-5 ansættelser	45	20	35	100	259
5 ansættelser og derover	40	22	38	100	236
<b>Erhvervs erfaring (antal år i beskæftigelse siden 1980 divideret med antal år i erhvervsaktiv alder siden 1980)***</b>					
0-24 procent	27	21	52	100	59
25-49 procent	35	24	41	100	135
50-74 procent	42	19	39	100	255
75-100 procent	62	11	27	100	502
I alt	51	16	34	101	883-951

Note: Signifikansniveau: NS: Ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001.

## Bilagstabel B8.2

Gennemsnit og spredning for kommunernes rate for tilkendelser af førtidspension

	Gennemsnit	Spredning	Antal
Gammel arbejdsgiver	0,02	0,81	479
Ny arbejdsgiver	-0,03	0,69	142
Ikke i arbejde	0,06	0,75	312
I alt	0,01	0,73	936

Note: Se afsnit 8.3. for forklaring af "rate for tilkendelser af førtidspension". Forskelle i gennemsnit er testet parvis i et t-test. Ingen af forskellene er signifikant på 0,05 procentniveau.

## Bilagstabel B8.3

Gennemsnit og spredning for amtslige ledighedsprocenter

	Gennemsnit	Spredning	Antal
Gammel arbejdsgiver	5,30	1,15	479
Ny arbejdsgiver	5,06	1,09	142
Ikke i arbejde	5,30	1,20	312
I alt	5,32	1,10	936

Note: Forskelle i gennemsnit er testet parvis i et t-test. Ingen af forskellene er signifikant på 0,05 procentniveau.

## Beregnet sandsynlighed for tidlig opfølgning

For at korrigere for uobserverede forskelle mellem sager, hvor opfølgningssamtale afholdes tidligt og sager, hvor det ikke sker, er der anvendt en såkaldt "two-stage estimation". I denne metode anvendes den beregnede sandsynlighed for tidlig opfølgning som forklarende variabel i analysen af varigheden, indtil de sygemeldte kommer i arbejde. Metoden forudsætter imidlertid et instrument – en variabel som påvirker sandsynligheden for tidlig opfølgning, men ikke påvirker de sygemeldtes chance for at komme i arbejde. Som instrumenter bruges variable, som beskriver kommunernes administration og organisering af dagpengeområdet, fx med hensyn til anvendelse af visitationskategorier og måden der indhentes

## Bilagstabel B8.4

Logistisk regression af sandsynlighed for tidlig opfølgning (n=762).

Variabel		Koefficient (std. Err.)	
Anvender visitations kategorier? <sup>NS</sup>	Nej		•
	Ja	-0,01 (0,35)	
Indhenter altid oplysninger om klienterne <sup>NS</sup>	Nej		•
	Ja	0,09 (0,35)	
Indhenter altid eller ofte oplysninger fra klientens praktiserende læge, sygehus eller speciallæge <sup>NS</sup>	Nej		•
	Ja	-0,09 (0,21)	
Har så klare regler, at man i princippet kunne lade et edb-program afgøre, om der skal foretages en hurtig indsats <sup>NS</sup>	Nej		•
	Ja	-0,79 (0,54)	
Indhenter altid eller ofte oplysninger via telefon**	Nej		•
	Ja	0,67 (0,22)	
Indhenter altid eller ofte oplysninger via møde**	Nej		•
	Ja	0,56 (0,21)	
Har ændret praksis på visitationsområdet indenfor de sidste 3 år <sup>NS</sup>	Nej		•
	Ja	0,12 (0,31)	
Har ændret praksis vedr. opfølgning indenfor de sidste 3 år <sup>NS</sup>	Nej		•
	Ja	-0,46 (0,26)	
Konstant		-1,62 (0,37)	
Log-likelihood		-38862	

Note: Signifikansniveau: NS: Ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001. "•" angiver referencekategori

oplysninger på. Dette understøttes af analyserne i kapitel 6, som viser, at kommunens administrative praksis har betydning for, hvor ofte der afholdes opfølgningssamtale, og hvornår det sker. Samtidig forekommer det sandsynligt, at kommunernes administrative praksis på dagpengeområdet ikke direkte påvirker den enkelte sygemeldtes chance for at komme i arbejde. Bilagstabel B8.4 viser resultaterne af estimeringen af sandsynlighed for tidlig opfølgning.

Om kommunen indhenter oplysninger om klienterne ved telefonisk kontakt eller ved møde, hænger i nogen grad sammen: Kommuner, som ofte indhenter oplysninger om klienterne ved telefonisk kontakt, indhenter ikke så ofte oplysninger ved at indkalde klienten til

## Bilagstabel B8.5

Gennemsnit og spredning for estimeret sandsynlighed for tidlig opfølgning og for observeret tidlig opfølgning. (n=717).

	Gennemsnit	Spredning
Estimeret sandsynlighed for tidlig opfølgning	0,22	0,07
Observeret tidlig opfølgning	0,22	0,43

## Bilagstabel B8.6

Reduceret varighedsmodel for tiden fra 1. fraværdsdag til sygemeldte lønmodtagere kommer i arbejde hos den gamle arbejdsgiver (observerede værdier for tidlig opfølgningssamtale) (n=762).

Variabel		Effekt
Diagnose***	Psykisk	•
	Bevægeapparat	+
	Anden	+
	Ved ikke	+
Antal kontakter til alm. læge året inden sygemeldingen***	0-2 kontakter	•
	3-5 kontakter	0
	6-9 kontakter	-
	10 kontakter og derover	-
Antal kontakter til speciallæge året inden sygemeldingen*	0-20 kontakter	+
Anciennitet siden 1980*		+
Erhvervs erfaring (antal år i beskæftigelse siden 1980 divideret med antal år i den erhvervsaktive alder siden 1980)*		+
Lønniveau (gennemsnitlig timeløn)*	59-507	+
Andel lavere funktionærer**	0-100 procent	+
Tidlig opfølgning <sup>NS</sup>	0,07-0,43	0
Interaktion mellem beregnet sandsynlighed for tidlig opfølgning og tid efter første fraværdsdag <sup>NS</sup>		0

Note: Cox proportional hazard rate model. Tabellen bygger på uvægtet datamateriale. Kategoriel variabel for stratum er inkluderet i modellen (er insignifikant og ikke vist i tabellen). Dummy variabel, som angiver om anciennitet er oplyst eller uoplyst (n=45) er inkluderet i modellen (er insignifikant og ikke vist i tabellen). Signifikansniveau for variabler (første søjle): NS: ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001. "•" angiver referencekategori, "+" angiver en signifikant positiv sandsynlighed for at komme i arbejde hos gammel arbejdsgiver, "-" angiver en signifikant negativ sandsynlighed for at komme i arbejde hos gammel arbejdsgiver.



## Bilagstabel B8.7

Reduceret varighedsmodel for tiden fra 1. fraværsdag til sygemeldte lønmodtagere kommer i arbejde hos en ny arbejdsgiver (observerede værdier for tidlig opfølgningssamtale) (n=747).

Variabel		Effekt	
Diagnose**	Psykisk	•	
	Bevægeapparat	-	
	Anden	-	
	Ved ikke	-	
Antal kontakter til speciallæge året før sygemeldingen*		0-20 kontakter	-
Stilling**	Ufaglært arbejder	•	
	Faglært arbejder m.v.	0	
	Kontor, service og salg	+	
	Leder, videregående uddannelse	+	
Anciennitet***	0 år	•	
	1-5 år	-	
	6-10 år	-	
	11 år og derover	-	
Andel højere funktionærer***		0-100 procent	-
Tidlig opfølgning NS		0,07-0,43	0
Alder*		17-67 år	-
Bor Sammen med ægtefælle/samlever?*	Nej	•	
	Ja	-	

Note: Cox proportional hazard rate model. Tabellen bygger på uvægtet datamateriale. Kategoriel variabel for stratum er inkluderet i modellen (er insignifikant og ikke vist i tabellen). Dummy variabel, som angiver om anciennitet er oplyst eller uoplyst (n=45) er inkluderet i modellen (er insignifikant og ikke vist i tabellen). Signifikansniveau for variabler (første søjle): NS: ikke signifikant på 0,05 niveau, \*<0,05, \*\*<0,01, \*\*\*<0,001. "•" angiver referencekategori, "+" angiver en signifikant positiv sandsynlighed for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver, "-" angiver en signifikant negativ sandsynlighed for at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver.

møde (korrelationskoefficienten er -0,15). Det viser sig, at denne sammenhæng kun har mindre betydning for analysens resultater (koefficienter og p-værdier ændres kun lidt, når den ene af de to variabler udelades).

Gennemsnit og spredning for den estimerede sandsynlighed for tidlig opfølgning og for observeret tidlig opfølgning fremgår af bilagstabel B8.5.

## Bilag til kapitel 9

Skøn for andel sygemeldte i arbejde et år efter interview

Skønnet for andelen af de sygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, og som vil komme i arbejde i løbet af et år efter interviewet, er beregnet ved en såkaldt overlevelsesanalyse. På grundlag af undersøgelsens datamateriale er der estimeret to overlevelsesmodeller, som begge følger en gammafordeling. Gamma modellerne er valgt, fordi de beskriver data bedre end andre parametriske overlevelsesmodeller (dette er undersøgt ved brug af AIC-test).

De sygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, har formodentlig ikke alle den samme chance for at komme i arbejde, idet de har forskellig arbejdsevne. Derfor er der estimeret to modeller. Den ene model omfatter sygemeldte, som på interviewtidspunktet vurderede deres arbejdsevne fra 5 til 7 (på en skala fra 1 til 10), og den anden model omfatter dem med en selvvrurderet arbejdsevne fra 8 til 10. Modeller er brugt til at beregne de sygemeldtes chance for at komme i arbejde indenfor en periode på et år efter interviewet. Ved beregningen af chancen for at komme i arbejde er der taget hensyn til, at der for nogle personer er lang tid mellem første sygefraværdsdag og interviewet, mens der for andre er forholdsvis kort tid. Baggrunden for disse forskelle er, at undersøgelsens sygemeldte er udvalgt ud fra, hvornår de ophørte med at modtage sygedagpenge. På udvælgelsestidspunktet var der således nogle, der har været sygemeldt i kort tid (ned til 9-10 uger), mens andre havde været sygemeldt i flere år. Da interviewene er gennemført 8-9 måneder efter sygedagpengesagerens ophør, varierer varigheden fra første fraværdsdag til interviewtidspunktet mellem 9 og 63 måneder.

Tabel B.9.1 viser den beregnede andel af sygemeldte, som var i arbejde på interviewtidspunktet for sygemeldte med henholdsvis lav og høj selvvrurderet arbejdsevne. Tabellen er opdelt efter tiden mellem første fraværdsdag og interview.

Tabel B.9.1

Estimeret andel af sygemeldte, som var i arbejde på interviewtidspunktet, fordelt efter selvvrderet arbejdsevne. Særskilt for tid mellem første sygefraværdsdag og interviewtidspunkt.

Tid fra første sygefraværdsdag til interview			
Selvvrderet arbejdsevne	9 - 16 måneder	17-20 måneder	21 måneder og derover
5,6,7	0,45	0,41	0,36
8,9,10	0,21	0,14	0,09

Tabel B.9.2

Estimeret andel af sygemeldte, som var i arbejde et år efter interviewtidspunktet, fordelt efter selvvrderet arbejdsevne. Særskilt for tid mellem første sygefraværdsdag og interviewtidspunkt.

Tid fra første sygefraværdsdag til interview			
Selvvrderet arbejdsevne	9 - 16 måneder	17-20 måneder	21 måneder og derover
5,6,7	0,35	0,33	0,31
8,9,10	0,09	0,07	0,05

Tabel B.9.3

Estimeret andel af sygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, og som kommer i arbejde i løbet af et år efter interviewtidspunktet, fordelt efter selvvrderet arbejdsevne. Særskilt for tid mellem første sygefraværdsdag og interviewtidspunkt.

Tid fra første sygefraværdsdag til interview			
Selvvrderet arbejdsevne	9 - 16 måneder	17-20 måneder	21 måneder og derover
5,6,7	0,10	0,08	0,05
8,9,10	0,12	0,07	0,04

Tabel B.9.2 viser den beregnede andel af sygemeldte, som er i arbejde et år efter interviewtidspunktet. Andelen, som kommer i arbejde i løbet af et år efter interviewet, er beregnet som forskellen mellem andelen i tabel B.9.1 og B.9.2. Det er vist i tabel B.9.3.

Tabel B.9.4

Antal sygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, fordelt efter selvvurderet arbejdsevne. Særskilt for tid mellem første sygefraværdsdag og interviewtidspunkt.

Tid fra første sygefraværdsdag til interview				
Selvvurderet arbejdsevne	9 - 16 måneder	17-20 måneder	21 måneder og derover	I alt
5,6,7	54	42	59	155
8,9,10	85	32	26	143
	139	74	85	298

Tabel B.9.5

Estimeret antal sygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, og som kommer i arbejde i løbet af et år efter interviewtidspunktet, fordelt efter selvvurderet arbejdsevne. Særskilt for tid mellem første sygefraværdsdag og interviewtidspunkt.

Tid fra første sygefraværdsdag til interview				
Selvvurderet arbejdsevne	9 - 16 måneder	17-20 måneder	21 måneder og derover	I alt
5,6,7	5,4	3,2	3,0	11,6
8,9,10	10,5	2,2	1,0	13,7
	15,9	5,4	4,0	25,3

Antallet af sygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, og som kommer i arbejde indenfor det følgende år, er beregnet ved at gange andelen i tabel B.9.3 med antallet af sygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, se tabel B.9.4 og B.9.5.

Af de to ovenstående tabeller ses det, at de estimerede overlevelsesmodeller forudsiger, at 25 af de 298 sygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, vil komme i arbejde i løbet af et år. Det svarer til 8,5 procent.

Hvis man alene ser på de sygemeldte, som ikke var i arbejde på interviewtidspunktet, med en selvvurderet arbejdsevne på 8-10, er der 9,6 procent, som vil komme i arbejde i løbet af et år.

# LITTERATURLISTE

Aakvik, A., Heckman, J.J. og Vytlačil, E.J. (2000)  
*Treatment effects for discrete outcomes when responses to treatment vary among observationally identical persons: an application to Norwegian rehabilitation programs.* Cambridge: National Bureau of Economic Research.

Arbejdsmiljøinstituttet (red.) (2003)  
*Sygefravær i Norden.* København: Arbejdsmiljøinstituttet.

Arbejdsministeriet, Finansministeriet og  
Socialministeriet (2001)  
*Rapport om sygefravær.* København: Arbejdsministeriet.

Bengtsson, S. (2002)  
*Bestemmer forvaltningen om du får førtidspension? - kommunens forvaltningspraksis og tilkendelse af førtidspension.*  
København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 02:15.

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

Boll, J. og Clausen, T. (2003)  
*Begrænsning af sygefravær og sikring af de sygemeldtes arbejdsmarkedstilknnytning. Resultater fra en kvalitativ undersøgelse i to kommuner.*  
København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdsrapport 4:2003.

Colbjørnsen, T. (1986)

*Dividers in the Labor Market*. Oslo: Norwegian University Press.

Dansk Arbejdsgiverforening (2002)

*Arbejdsmarkedsrapport 2002. Tema: Sygefravær*. København: Dansk Arbejdsgiverforening.

Danmarks Statistik (2002)

*Sociale forhold, sundhed og retsvæsen*. Statistiske efterretninger, 2002: 14. København: Danmarks Statistik.

Den Sociale Ankestyrelse (1999)

*Kommunernes praksis vedrørende opfølgningsbestemmelserne i sygedagpengeloven*. Analysekontoret, august 1999.

Den Sociale Ankestyrelse (2000)

*Kommunernes indsats på sygedagpengeområdet*. Analysekontoret, marts 2000.

Edling, C. (1993)

*Sjukfrånvaro och arbetsplatsstruktur i: le Grand, C. og Szulkin, R. og Tämlin, M. (red.) Sveriges Arbetsplatser*. Stockholm: SNS förlag.

Einerhand, M. G. K., Knol, G. Prins, R. and Veerman, T. J. (1995)

*Sickness and invalidity arrangements. Fact and figures from six European countries*. The Hague: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Filges, T. og Høgelund, J. (2003)

*Begrænsning af sygefravær og sikring af de sygemeldtes arbejdsmarkedstilknytning. Resultater fra en survey blandt langvarigt sygemeldte*. København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdsrapport 3:2003.

Geerdsen, L. P. (2002)

*The Identification of Incentive Effects of Benefit Exhaustion in Unemployment Insurance Systems*.

København: Socialforskningsinstituttet. Working Paper 25:2002.

Gregersen, O. (1994)

*Kommunernes pensionspraksis*. Servicerapport. København: Socialforskningsinstituttet.

Høgelund, J. (2003)

*In Search of Effective Disability Policy. Comparing the Developments and Outcomes of Dutch and Danish Disability Policies*. Amsterdam University Press.

Høgelund, J. og Holm, A. (2002)

*Returning Long-Term Sick-Listed to Work. The Effects of Training in a Competing Risk Model with Time Varying Covariates and Unobserved Heterogeneity*. København: Socialforskningsinstituttet. Working Paper 12:2002.

Høgelund, J. og Kruhøffer, A. (2000)

*Virksomheders sociale engagement*. Årbog 2000. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 00:13.

Høgelund, J. og J. Modvig (1998)

*Langtidssygemeldte med rygproblemer – en forløbsundersøgelse i 24 kommuner*. København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdsrapport november 98.

Järvinen, M. (1998).

*Det dårlige selskab, misbrug • behandling • omsorg*. Forlaget Socpol 1998.

KAD og SiD (2003)

*Sundt fravær, initiativer for hurtigere og bedre indsats for sygemeldte*. Pjece 2003.

Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan T. J. og Sinclair, S.J. (2001)

*Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research*. American Journal of Industrial Medicine, vol. 40, no. 4, pp. 464-84.

Krause, N. og Lund, T. (2003).

*Return to Work: Barling, J. and Frone, M. (eds.): The psychology of workplace safety.* Washington DC: American Psychological Association.

Kruhøffer A. og Høgelund, J. (2001)

*Virksomheders sociale engagement.* Årbog 2001.

København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 00:12.

Loisel, P. m.fl. (1997).

*A population-based randomised clinical trial on back pain management.* Spine, 22(24).

Lubanski, V. (2001).

*Undersøgelse af ventetid til sundhedsvæsenet i relation til sygedagpengesager i Frederiksborg Amt.* Kommuneforeningen i Frederiksborg Amt, Januar 2001.

Marklund, S. (1995)

*vilka blir långtidssjuka? i: Marklund, S. (red.): Rehabilitering i ett samhällsperspektiv.* Second edition, Lund: Studentlitteratur.

Nord-Larsen, M. (1991)

*Langvarig sygdom - Problemer og konsekvenser.*

København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 91:05.

NOU (2000)

*Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv.* Norge offentlige utredninger. 2000:27. Oslo: Statens forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning.

Nyman, K., Bergendorff, S. og Palmer, E. (2002)

*Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder.* Rapport til Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Ds 2002:49.

Regeringen (2000)

*Danmarks nationale handlingsplan for beskæftigelse 2000.* København: Arbejdsministeriet og Økonomiministeriet.

Regeringen (2002)

*Flere i arbejde.* Regeringen, september 2002.



Rosdahl, A. (2000)

*The Social Responsibility of Enterprises. Some Conceptions and Perspectives.*  
København: Socialforskningsinstituttet. Working Paper 16:2000.

Rosdahl, A. og Uldall-Poulsen, H. (2003)

*Lederne og det sociale engagement.*

København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 03:05.

Sørensen, K. og Lunden C. (2001)

*Pilotundersøgelse af sygedagpengeforløb med særlig fokus på ventetider og den socialfaglige opfølgings betydning for fraværperioden.* Århus: Formidlingscenter Århus.

Weber, A. (2001)

*Cohort Compared: Cross-national Similarities and Differences I: Bloch, F.S. og Prins, R. (red.): Who Returns to Work & Why? A Six-Country Study on Work Incapacity & Reintegration.* New Brunswick and London: Transaction Publishers.



# OM FORFATTERNE

### JAN HØGELUND

Cand.polit. fra Københavns Universitet og ph.d. fra Roskilde Universitetscenter i 2000. Ansat på Socialforskningsinstituttet i 1991. Seniorforsker siden 2001. Har i flere år beskæftiget sig med analyser af sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet. Har senest udgivet bogen "In Search of Effective Disability Policy. Comparing the Developments and Outcomes of Dutch and Danish Disability Policies" på Amsterdam University Press.



### TRINE FILGES

Cand.oecon., ph.d. Ansat ved Socialforskningsinstituttet siden 1999 og som seniorforsker siden 2002. Har beskæftiget sig med aktiv arbejdsmarkedspolitik, revalidering, geografisk mobilitet og søgeteoretiske modeller.



### SØREN JENSEN

Cand.polit. fra Københavns Universitet. Ansat på Socialforskningsinstituttet i 2000. Har været beskæftiget med statistiske analyser ved forskellige projekter, især vedr. sygefravær og revalidering.



# SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTETS UDGIVELSER SIDEN 1.1.2002

- 02:1      Boll, J. & Qvortrup Christensen, T.: Kontanthjælpsmodtagere og arbejdsmarkedet. Casestudie fra Vestegnen. 2002. 103 s. ISBN 87-7487-676-7. Kr. 80,00.
- 02:2      Filges, T., Harsløf, I. & Nord-Larsen, M.: Revalidering – deltagere, forløb og effekter. 2002. 103 s. ISBN 87-7487-677-5. Kr. 105,00.
- 02:3      Bach, H.B.: Kontanthjælpsmodtageres aktivering og arbejdsudbud. 2002. 149 s. ISBN 87-7487-678-3. Kr. 120,00.
- 02:4      Carøe Christiansen, C. & Hohnen, P.: Betingelser for børns sociale ansvar. 2002. 177 s. ISBN 87-7487-679-1. Kr. 135,00.
- 02:5      Hansen, H.: Elements of Social Security A comparison covering: Denmark, Sweden, Finland, Austria, Germany, The Netherlands, Great Britain, Canada. 2002. 383 s. Kun udgivet elektronisk: /<http://www.sfi.dk/sw1317.asp>.
- 02:6      Danske arbejdspladser – Plads til alle? Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets forskning om arbejdsmarkedets rummelighed. 2002. 73 s. ISBN 87-7487-681-3. Kr. 50,00.
- 02:7      Strange, M.: Unge krænkerere. 2002. 170 s. ISBN 87-7487-684-8. Kr. 130,00.
- 02:8      Christensen, E. & Ottosen, M.H.: Børn og familier. 2002. 60 s. ISBN 87-7487-685-6. Kr. 50,00.
- 02:9      Weatherall, J.H.: Vejen til førtidspension. En analyse af overgangen til førtidspension i befolkningen. 2002. 82 s. ISBN 87-7487-686-4. Kr. 65,00.

- 02:10 Christensen, E. & Egelund, T.: Børnesager. Evaluering af den forebyggende indsats. 2002. 218 s. ISBN 87-7487-687-2. Kr. 165,00.
- 02:11 Børnesager i korte træk. Evaluering af den forebyggende indsats. 2002. 44 s. ISBN 87-7487-688-0. Kr. 40,00
- 02:12 Når der er brug for hjælp. Kommunens hjælp til børn og deres forældre. 2002. 28 s. ISBN 87-7487-689-9.
- 02:13 Egelund, T. & Thomsen, S.A.: Tærskler for anbringelse. En vignetundersøgelse om socialforvaltningernes vurdering i børnesager. 2002. 204 s. ISBN 87-7487-690-2. Kr. 165,00.
- 02:14 Olsen, H.: Attitudes towards the disabled in Denmark. 2002. 28 s. ISBN 87-7487-691-0.
- 02:15 Bengtsson, S.: Bestemmer forvaltningen om du får førtidspension? – kommunens forvaltningspraksis og tilkendelse af førtidspension. 2002. ISBN 87-7487-692-9. Kr. 90,00.
- 02:16 Bach, H.B.: Aktiv socialpolitik – en sammenfatning af evalueringer af revalidering og aktivering. 2002. 114 s. ISBN 87-7487-693-7. Kr. 90,00.
- 02:17 Kvist, J. (red.): Beskæftigelsespolitik i et nyt Europa. 2002. 109 s. ISBN 87-7487-694-5. Kr. 85,00.
- 02:18 Kvist, J. (red.): Velfærdspolitik i et nyt Europa. 2002. 120 s. ISBN 87-7487-695-3. Kr. 90,00.
- 02:19 Boll, J. & Kruhøffer, A.: Virksomheders sociale engagement. Årbog 2002. 2002. 162 s. ISBN87-7487-696-1. Kr. 130,00.
- 02:20 Boll, J. & Kruhøffer, A.: Virksomheders sociale engagement. Årbog 2002 – Sammenfatning. 2002. 32 s. ISBN 87-7487-699-6. Kr. 30,00.
- 02:21 Boll, J. & Kruhøffer, A.: Social responsibility of enterprises. Yearbook 2002 – Summary. 2002. 32 s. ISBN 87-7487-698-8. Kr. 30,00.
- 02:22 Ploug, N. (red.): Velfærd i Europa. Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets komparative velfærdsforskning. 2002. 57 s. ISBN 87-7487-700-3. Kr. 50,00.
- 02:23 Andersen, D. & Heide Ottosen, M. (red.): Børn som respondenter. Om børns medvirken i survey. 2002. 218 s. ISBN 87-7487-703-8. Kr. 175,00.
- 02:24 Heide Ottosen, M. & Torbenfeldt Bengtsson, T.: Et differentieret fællesskab. Om relationer i børnehaver, hvor der er børn med handicap. 2002. 224 s. ISBN 87-7487-704-6. Kr. 175,00.

- 02:25 Carøe Christiansen, C. & Schmidt, G. (red.): Mange veje til integration. Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets forskning om etniske minoriteter. 2002. 76 s. ISBN 87-7487-705-4. Kr. 65,00.
- 02:26 Bonke, J.: Tid og velfærd. 2002. 112 s. ISBN 87-7487-709-7. Kr. 90,00.
- 02:27 Bonke, J. & Munk, M. D.: Fordeling af velfærd i Danmark. Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets forskning om velfærdsfordeling. 2002. 60 s. ISBN 87-7487-707-0. Kr. 50,00.
- 02:28 Schmidt, G.: Tidsanvendelse blandt pakistanere, tyrkere og somaliere – Et Integrationsperspektiv. 2002. 148 s. ISBN 87-7487-708-9. Kr. 150,00.
- 02:29 Fridberg, T. (red.): Socialpolitik – indsats og virkninger. Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets forskning i socialpolitik og effektivitet i velfærdsproduktionen. 2002. 86 s. ISBN 87-7487-701-1. Kr. 50,00.
- 02:30 Hohnen, P.: Aftalebaserede skånejob. 2002. ISBN 87-7487-706-2. Kr. 85,00.
- 03:01 Clausen, T.: Når hørelsen svigter. Om konsekvenserne af hørenedsættelse i arbejdslivet, uddannelsessystemet og for den personlige velfærd. 2003. 228 s. ISBN 87-7487-713-5. Kr. 165,00.
- 03:02 Bjørn, N. H. (red.): Indenfor – udenfor. Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets forskning om integration og marginalisering. 2003. 54 s. ISBN 87-7487-711-9. Kr. 60,00.
- 03:03 Hagedorn-Rasmussen, P. & A. Kamp: Mangfoldighedsledelse. Mellem vision og praksis. 223 s. ISBN 87-7487-713-5. Kr. 165,00.
- 03:04 Egelund, T. & A.D. Hestbæk: Anbringelse af børn og unge uden for hjemmet. En forskningsoversigt. 404 s. ISBN 87-7487-714-3. Kr. 285,00.
- 03:05 Rosdahl, A. & Uldall-Poulsen, H.: Lederne og det sociale engagement. 184 s. ISBN 87-7487-715-1. Kr. 140,00.
- 03:06 Hansen, H.: Time Series of APW-calculations. ISBN 87-7487-717-8. Elektronisk udgivelse: downloades på [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk).
- 03:07 Andersen, D. & Kjærulff, A.: Hvad kan børn svare på? 188 s. ISBN 87-7487-718-6. Kr. 160,00.

- 03:08 Lausten, M. & Sjørup, K.: Hvad kvinder og mænd bruger tiden til. 90 s. ISBN 87-7487-719-4. Kr. 75,00.
- 03:09 Zeuner, L. & Højlund, J.: Unge i det kriminelle felt. 126 s. ISBN 87-7487-719-4. Kr. 120,00.
- 03:10 Jæger, M. M., Munk, M. D. & Ploug, N.: Ulighed og livsløb. 152 s. ISBN 87-7487-724-0. Kr. 135,00.
- 03:11 Menneskelige ressourcer i arbejdslivet. 264 s. ISBN 87-7487-723-2. Kr. 200,00.
- 03:12 Andersen, D.: Når mistanken opstår. 84 s. ISBN 87-7487-725-9. Kr. 75,00.
- 03:13 Kongshøj Madsen, P. & Pedersen, L., red.: Drivkræfter bag arbejdsmarkedspolitikken. 325 s. ISBN 87-7487-726-7. Kr. 265,00.
- 03:14 Andersen, B. H., Sociologisk Institut, red.: Udviklingen i befolkningens levekår over et kvart århundrede. 358 s. ISBN 87-7487-721-6. Kr. 285,00.
- 03:15 Levevilkår blandt folkepensionister uden supplerende indkomst. 218 s. ISBN 87-7487-727-5. Kr. 200,00.
- 03:16 Bengtsson, S., Wiene, J. & Bak, C.: Lyttemødemodellen. 198 s. ISBN 87-7487-728-3. Kr. 175,00.
- 03:17 Virksomheders sociale engagement, årbog 2003. 186 s. ISBN 87-7487-729-1. Kr. 170,00.
- 03:18 Virksomheders sociale engagement, årbog 2003, sam-mendrag. 26 s. ISBN 87-7487-730-5. Kr. 25,00.
- 03:19 Christiansen, C. C., Schmidt, G. & Christoffersen, M. N.: Provokeret abort. 176 s. ISBN 87-7487-731-3. Kr. 150,00.
- 03:20 Høgelund, J., Filges, T. & Jensen, S.: Langvarigt sygefravær. 236 s. ISBN 87-7487-732-1. Kr. 225,00.



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

Abonnementet er gratis, kan tegnes ved henvendelse til instituttet. Emne-opdelte lister over instituttets publikationer kan ses på instituttets hjemmeside: [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk). Hver titel er forsynet med en kort omtale, og der er mulighed for at bestille rapporterne via hjemmesiden. En fuldstændig liste over instituttets udgivelser kan fås ved henvendelse til Socialforskningsinstituttet tlf. 33 48 09 46, e-mail: [library@sfi.dk](mailto:library@sfi.dk).



LANGVARIGT SYGEFRAVÆR  
– HVAD SKER DER OG HVORDAN GÅR DET?

Afdelingsleder: cand.polit., ph.d. Lisbeth Pedersen  
Forskningsafdeling: Beskæftigelse og Erhverv

Undersøgelsens følgegruppe bestod af repræsentanter fra:  
Arbejdsmarkedsstyrelsen  
Arbejds miljøinstituttet  
Amtsrådsforeningen i Danmark, Forhandlings- og uddannelsesafdelingen  
Akademikernes Centralorganisation  
Dansk Arbejdsgiverforening  
Funktionærernes og Tjenestemændenes Fællesråd  
Kommunernes Landsforening  
Landsorganisationen i Danmark

ISSN 1396-1810  
ISBN 87-7487-732-1

Grafisk tilrettelæggelse og produktion: KPTO as  
Omslagsfoto: Laars Bahl/BAM  
Oplag: 1.000  
Trykkeri: Phønix Trykkeriet A/S

©2003 Socialforskningsinstituttet

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

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



# LANGVARIGT SYGEFRAVÆR

– Hvad sker der og hvordan går det?

Selvom Danmark internationalt set ligger i den gode ende er sygefraværet kommet i fokus i de senere år. Det er sket på baggrund af, at udbetalingerne af sygedagpenge er steget i 90'erne, og at arbejdsstyrken forventes at blive mindre. En øget fastholdelse af langvarigt sygemeldte på arbejdsmarkedet er en af de veje, man kan gå for at reducere sygefraværet og øge arbejdsudbuddet

Denne rapport undersøger mulighederne for at fastholde de langvarigt syge i arbejde og peger blandt andet på, at tidlige opfølgningssamtaler har positiv indflydelse på chancen for, at den sygemeldte bliver på arbejdsmarkedet.

Rapportens forfattere har også set på, hvem der bliver langvarigt sygemeldt, de sygemeldtes ventetider på behandling og kommunernes administrationspraksis. Desuden giver forfatterne et samlet overblik over og en vurdering af de faktorer, som påvirker mulighederne for at fastholde flere langvarigt syge i arbejde.