

HVIDBOG

OM SUNDHEDS- OG
BESKÆFTIGELSESSINDSATSEN



Titel:

Hvidbog om sundhed- og beskæftigelsesindsatsen

Udarbejdelse:

Quick Care

Birk Centerpark 40

7400 Herning

Telefon 40 77 80 16

Tryk:

Peoffset

Tømmervej 9

6800 Varde

Oplag:

1.000 stk.

Forord

Danmark fortjener et bedre sundheds- og beskæftigelsessystem og kan få det.

Så direkte vover vi i Quick Care at være - baseret på vores praktiske erfaringer og daglige samarbejde med jobcentre i kommuner landet over.

I denne hvidbog har vi samlet offentligt tilgængelige publikationer og dokumentation på området for at synliggøre vigtigheden af de udfordringer, vi oplever i vores dagligdag.

Samtidig fremlægger vi seks anbefalinger, som politikere, embedsmænd og øvrige aktører i sundheds- og beskæftigelsessektorerne kan arbejde med – og som vi ved, vil give resultater.

Gennem Quick Cares arbejde oplever vi resultater, som ikke alene er til gavn og glæde for den enkelte borger, men som giver kommunen øget kvalitet i de leverede ydelser og samtidig bedre økonomi for kommunen selv, for virksomhederne og for samfundet som helhed.

Quick Care drives af en ambition om at skabe en effektiv og koordineret sundheds- og beskæftigelsesindsats for at fremtidssikre vores velfærdssystem. Der er behov for at tænke i nye baner og udvikle en indsats, der går på tværs af sektorskel.

Hvidbogens eksempler viser, at en tidlig, tværfaglig og koordineret indsats over for de borgere, der er i risiko for at blive udstødt fra arbejdsmarkedet, medvirker til at skabe et fald i antallet af borgere på permanent forsørgelse.

Det fortjener borgeren og det fortjener samfundet.

Thomas Helt
Administrerende direktør

Ulrik Jespersen
Direktør

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | INDHOLDSFORTEGNELSE | |
| 1. | <u>SYGEFRAVÆR KOSTER SAMFUNDET MILLIARDER</u> | 5 |
| 1.1. | UDVIKLINGEN I SYGEDAGE OG OMKOSTNINGER | 6 |
| 1.2. | MARKANT STIGNING I KOMMUNALE UDGIFTER | 7 |
| 1.3. | REFUSIONSREGLER: LÆNGERE SYGDOMSPERIODE BETYDER STØRRE OMKOSTNINGER FOR KOMMUNERNE | 7 |
| 1.4. | LANGTIDSSYGDOM UDGØR ET STORT PROBLEM | 9 |
| 1.5. | LÆNGERE SYGEDAGPENGEPERIODE BETYDER HØJERE UDSØDNINGSGRAD | 11 |
| 2. | <u>TRE BARRIERER FOR ET BEDRE REHABILITERINGSFORLØB</u> | 12 |
| 2.1. | SUNDHED OG BESKÆFTIGELSE ARBEJDER IKKE TILSTRÆKKELIGT SAMMEN | 12 |
| 2.2. | OTTE UGER ER FOR LANG TID | 15 |
| 2.3. | MANGLER VIDEN OG DOKUMENTATION | 16 |
| 3. | <u>LØSNINGEN FINDES I KOMMUNERNE</u> | 17 |
| 3.1. | STORE BESPARELSER I ORGANISERING OG ADMINISTRATION | 17 |
| 3.2. | NEDBRYDNING AF SILOTÆNKNING SKABER MERVÆRDI | 19 |
| 3.3. | ØKONOMISK EFFEKTIV SYGEDAGPENGEADMINISTRATION | 21 |
| 4. | <u>SEKS KONKRETE ANBEFALINGER</u> | 22 |
| 5. | <u>CASES</u> | 23 |
| 5.1. | CASE 1: AABENRAA – 360-GRADERS INDSATS | 23 |
| 5.2. | CASE 2: THISTED – ØGET EFFEKTIVITET VIA KULTURÆNDRING MED FOKUS PÅ EN RESULTATSTYRET INDSATS | 24 |
| 5.3. | CASE 3: SVENDBORG – TIDLIG OG PRÆVENTIV INDSATS Gennem inddragelse af ARBEJDSGIVER OG FAGFORENING | 25 |
| 5.4. | CASE 4: AARHUS – TVÆRFAGLIG OG KOORDINERET GENOPTRÆNINGS- OG SYGEDAGPENGEINDSATS | 26 |
| 6. | <u>EFFEKTMÅLING</u> | 28 |

2. Sygefravær koster samfundet milliarder

Det danske samfund bruger hvert år milliarder af kroner på at dække omkostninger forbundet med sygefravær. Mange af de penge kunne være sparet. Hele 60 % af omkostningerne til sygedagpenge kan ifølge KL kontrolleres og frigøres ved alternativ organisering og administration.¹

Beskæftigelsesministeriet beregnede i 2008, at de direkte omkostninger til sygedagpenge og løntab årligt koster det danske samfund mere end 37 mia. kr.² Det reelle tal er langt højere.

De direkte omkostninger omfatter alene udgifterne i form af sygedagpenge og direkte løntab i virksomhederne. Men sygefravær rummer mange andre omkostninger. Sygefravær koster samfundet i form af et øget pres generelt på sundhedsydelse, herunder lægebesøg, medicintilskud, evt. hospitalsbesøg mv. For arbejdsgiverne koster det ligeledes.

Dansk Arbejdsgiverforening anslog i 2010, at sygefravær årligt koster 55,7 milliarder kroner alene i forsørgelse. Derudover reducerer sygefraværet direkte beskæftigelsen, fordi virksomhederne og samfundet går glip af mere end 100.000 menneskers arbejde. Indirekte reducerer sygefraværet også beskæftigelsen, og virksomhedernes konkurrenceevne bliver forringet på grund af de store omkostninger. Sygefravær hæmmer således væksten i dansk økonomi og de langsigtede muligheder for at finansiere de offentlige udgifter.

Sundhedsproblemet i Danmark er generelt stigende. Selvom danskerne lever længere og udskyder de dårlige sundhedstilstande³, så stiger de offentlige omkostninger forbundet med helbredsproblemer. På 25 år er antallet af personer, der hver dag modtager offentlig forsørgelse på grund af helbredsproblemer, steget fra ca. 280.000 til ca. 445.000 personer.

Stigningen på 165.000 personer, der hver dag er helbredsbetaget offentligt forsørgt, koster hvert år milliarder i udgifter til forsørgelse og tab af skatteindtægter. Derudover kommer svækkelsen af danske virksomheders konkurrenceevne, som det markant lavere arbejdsudbud indebærer.

De samlede offentlige sociale udgifter til helbredsbetagte ordninger udgør godt 70 mia. kr. årligt. Hertil kommer betaling af sygeløn og sygedagpenge. Disse udgifter udgør ca. 40 mia. kr. De samlede udgifter er således på 110 mia. kr. hvert år.⁴ Denne udvikling udgør en risiko for kommunernes budgetter og kvaliteten af velfærdsydelserne generelt.

¹ KL: Færre udgifter til sygedagpenge, 2010

² Beskæftigelsesministeriet: Analyse af sygefraværet, april 2008

³ DA: Helbred, arbejdsliv og offentlig forsørgelse, Arbejdsmarkedsrapport 2010

⁴ DA: Helbred, arbejdsliv og offentlig forsørgelse, Arbejdsmarkedsrapport 2010 med henvisning til Det Økonomiske Råd 2009

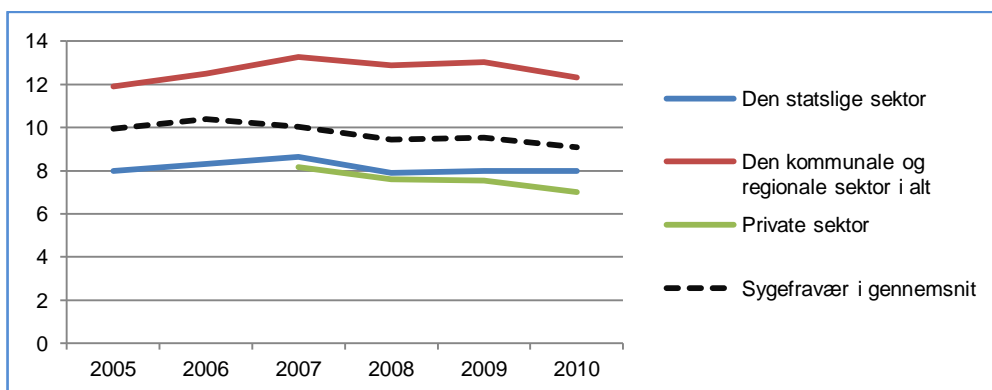
2.1. Udviklingen i sygedage og omkostninger

Hver dag er der ca. 116.000 danskere, som ikke er i arbejde på grund af sygefravær.⁵ Men der er store forskelle på omfanget af sygefravær i forskellige sektorer. I 2011 havde medarbejderne i kommuner og regioner godt og vel 12 sygedage i 2011, hvor privatansatte havde 7 sygedage. Samlet set svarer sygefraværet til, at hver fuldtidsperson i arbejdsstyrken ikke er på arbejde knap 9 dage årligt.

Fra 2002 til 2006 steg antallet af sygedagpengemodtagere markant, hvilket betød, at der i 2006 var flere sygedagpengemodtagere end ledige. Ser man på den seneste opgørelse over udviklingen, toppede sygefraværet i 2006-2007, hvor hver dansker i gennemsnit havde mere end 10 sygedage om året. Det er faldet til 9 sygedage årligt i 2011. Men her er der stor forskel på den offentlige og den private sektor. Hvor den private sektor har reduceret fraværet med en dag om året, ligger det offentlige sygefravær i 2010 nogenlunde på samme niveau som i 2005.

Udviklingen lader således til at være vendt, dog er det ikke korrigeret for konjunkturmæssige årsager. Det betyder, at flere automatisk bliver registreret i sygefraværsstatistikken, når ledigheden er lav. Det omvendte gør sig ligeledes gældende, hvorfor faldet fra 2009 til 2011 kan skyldes, at flere er uden for arbejdsmarkedet.

Figur 1: Udviklingen i det gennemsnitlige antal fraværdsdage på grund af egen sygdom 2005-2010 fordelt på sektor⁶



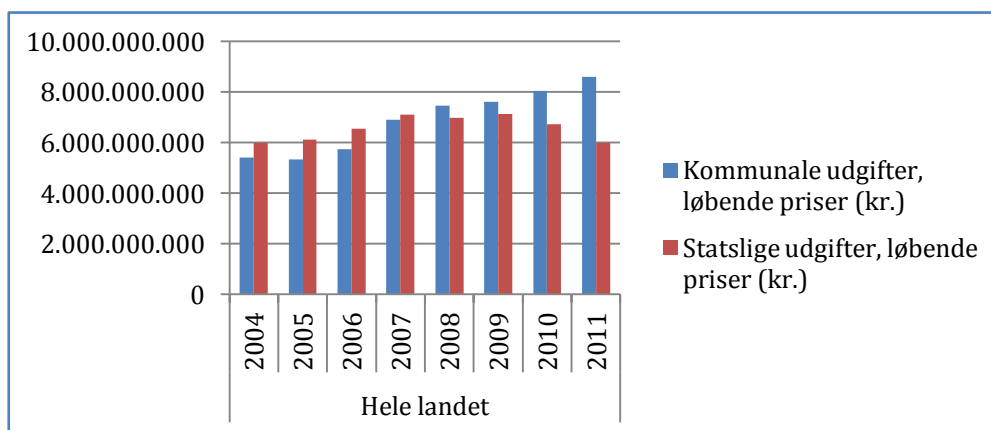
⁵ DA: Helbred, arbejdsliv og offentlig forsørgelse, Arbejdsmarkedsrapport 2010

⁶ Danmarks Statistik: Statistikbanken, www.statistikbanken.dk, juni 2012

2.2. Markant stigning i kommunale udgifter

På trods af et mindre fald i antallet af sygedage viser den seneste opgørelse fra Jobindsats.dk, at de kommunale udgifter til sygedagpenge er steget markant de seneste 8 år – fra knap 5,5 mia. kr. i 2004 til mere end 8,5 mia. kr. i 2011 i løbende priser. De statslige udgifter ligger i dag på samme niveau som i 2004. Kommunerne har således båret byrderne ved den samlede udgiftsvækst på området.⁷

Figur 2: Offentlige udgifter til sygedagpenge 2004-2011⁸



Note: Udover den samlede stigning, er der en særlig ændring i forholdet mellem statens og kommunernes udgifter. Det skyldes sygedagpengereformen i 2009, hvor staten ændrede refusionsreglerne.⁹

2.3. Refusionsregler: Længere sygdomsperiode betyder større omkostninger for kommunerne

Ved udbetaling af sygedagpenge er det, udover arbejdsgiverperioden, enten staten, kommunen eller de to i fællesskab, der afholder udgiften. Fordeling af udgiften mellem de to afhænger af længden af sygedagpengeforløbet, og om borgeren deltager i et virksomhedsvendt forløb (fx delvis raskmelding eller virksomhedspraktik).

⁷ www.jobindsats.dk, juni 2012

⁸ www.jobindsats.dk, juni 2012

⁹ Efter sygedagpengereformen dækker kommunerne en større del af udgifterne til lange sygedagpengeperioder.

Figur 3: Oversigt over reglerne om finansiering af udgifter til sygedagpenge.¹⁰

| Finansiering af udgifter til sygedagpenge | | | |
|---|----------------|----------|--------|
| | Arbejdsgiveren | Kommunen | Staten |
| 30 kalenderdage (i beskæftigelse) | 100 % | | |
| Uge 1-4 (ledige) | | | 100 % |
| Uge 5-8 | | 50 % | 50 % |
| Uge 9-52 | | 70 % | 30 % |
| Uge 53 - | | 100 % | |
| Uge 9-52 ved aktivering*: | | 50 % | 50% |
| *hvis den sygemeldte havde genoptaget arbejdet delvist, eller hvis den sygemeldte deltager i aktivering efter lov om en aktiv beskæftigelsesindsats kapitel 10-12, og blev aktiveret mere end 10 timer om ugen. | | | |

I de første 4 uger af sygedagpengeforløbet er det arbejdsgiveren og staten, der afholder hele udgiften til sygedagpenge, det vil sige, at der ydes 100 pct. statsrefusion for arbejdsgiver. For sygedagpengeforløb mellem 5-52 uger deles kommunen og staten om udgiften, således at kommunen afholder 70 pct. af udgifterne og staten 30 pct. Sygedagpengeforløb over ét år betales fuldt ud af kommunen¹¹.

Kommunerne har derved et stort incitament til at få en hurtig afklaring på den sygemeldtes situation og herefter få initiativer iværksat, der kan bidrage til at få sygemeldte tilbage til arbejdsmarkedet. Udgifterne for kommunerne stiger, jo længere et sagsforløb er. Det gælder både 9 uger og ikke mindst ved refusionsbortfald efter 52 uger.

Denne økonomiske struktur initierer en refusionsstyret adfærd i kommunen frem for en resultatstyret tilgang til beskæftigelsesindsatsen, baseret på hvilken indsats der virker.

¹⁰ Lov om sygedagpenge §§ 61 og 62, jf. LBK nr. 1152 af 12/12/2011

¹¹ Lov om sygedagpenge §§ 61 og 62, jf. LBK nr. 1152 af 12/12/2011

Flere langtidssyge

Når det offentlige udgifter til sygedagpenge stiger, er det derfor naturligt at kigge nærmere på, hvordan udviklingen ser ud i de tre ovennævnte varighedsintervaller, som sygdomsperioderne opdeles i, når fordelingen af udgifter mellem stat og kommune skal beregnes.

Udviklingen i de offentlige udgifter til sygedagpenge skyldes især, at udgifterne til sygedagpengeforløb over 5 uger er steget markant.¹²

Figur 4: Udgifter til sygedagpenge for lønmodtagere fordelt på længden af sygdomsperioden indekseret hvor udgifterne i 2006 er sat til 100.¹³

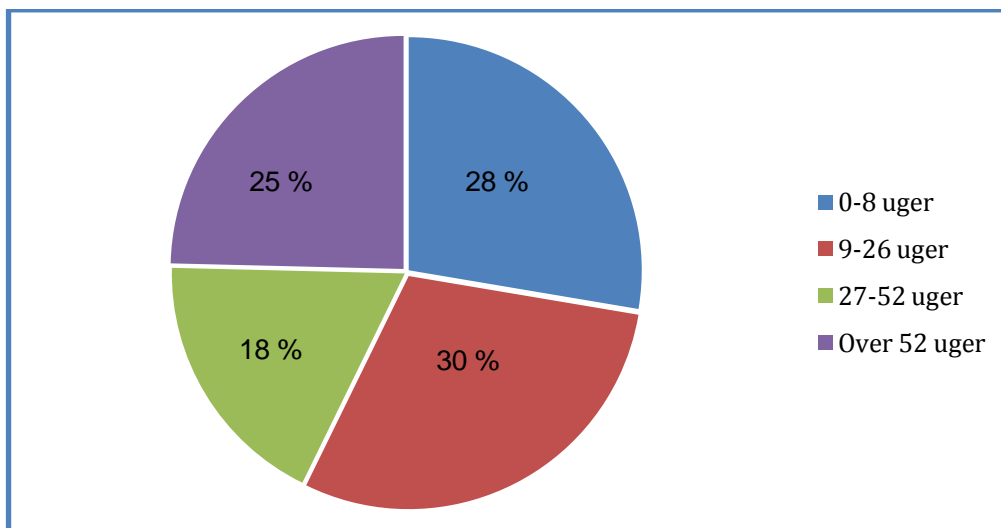
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Udgifter i alt | 100 | 107 | 111 | 112 | 125 | 126 |
| Under 5 uger | 100 | 102 | 103 | 114 | 117 | 120 |
| 5-52 uger | 100 | 109 | 112 | 110 | 127 | 128 |
| Over 52 uger | 100 | 116 | 149 | 146 | 138 | 141 |

Note: Indekseringen baserer sig alene på sygedagpengeudgifterne til lønmodtagere.

2.4. Langtidssygdom udgør et stort problem

Ser man på sygedagpengesager, er hovedparten af sygdomsforløbene af ganske kort varighed. 90 pct. af sygefraværperioderne er mellem en og fem dages varighed. Alligevel er det langtidssygefraværet, der udgør det største problem. Ser man ikke antallet af forløb men derimod det samlede sygefravær, er situationen omvendt. Her kan størstedelen af det samlede sygefravær relateres til forholdsvis få personer.

Figur 5: Fordeling af varigheden af igangværende sygedagpengeforløb, pr. december 2011¹⁴



¹² Beskæftigelsesministeriet: Analyse af sygefraværet, april 2008

¹³ Danmarks Statistik: Statistikbanken, juni 2012

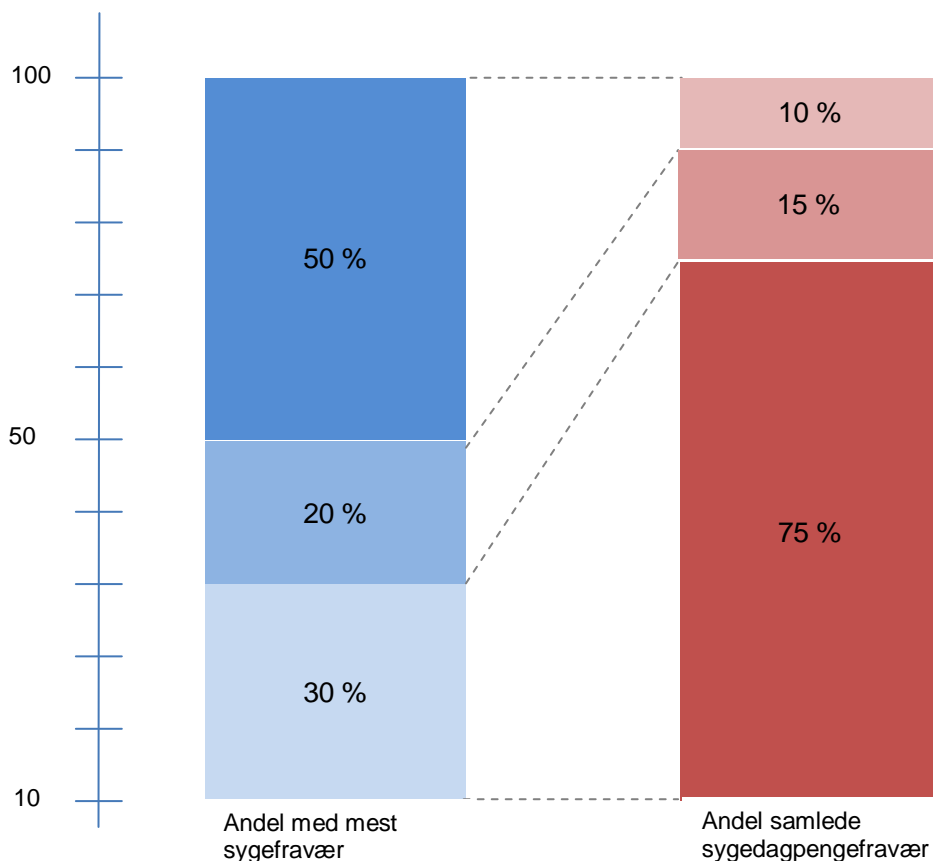
¹⁴ www.jobindsats.dk, juni 2012

En analyse fra det nationale Videncenter for Arbejdsmiljø viser, at 20 pct. af lønmodtagerne står for 80 pct. af sygefraværet, og det er de mest syge, der står for den største del af det sygedagpengerelaterede fravær.¹⁵

I analysen fra Videncenter for Arbejdsmiljø dokumenteres sammenhængen mellem langtidssygefravær og andelen af sygedagpengerelateret fravær. Det samme gør sig gældende i Beskæftigelsesministeriets analyse af sygefraværet fra 2008. Her har ministeriet beregnet, hvor stor en andel af sygedagpengeudgifterne, de mest syge (dem med mest sygedagpengerelateret fravær) tegner sig for. Resultaterne fremgår af figur 6 nedenfor.

Som det fremgår af figuren er de 30 procent med mest sygefravær for ca. 75 pct. af det samlede fravær. De 50 pct. med mest sygefravær står for 90 procent af fraværet. Beskæftigelsesministeriet har beregnet, at hvis antallet af uger med sygedagpenge for de 10 pct. med mest sygefravær blev reduceret med 10 pct., vil sygedagpengeudgifterne kunne reduceres med 6 pct. over et enkelt år, hvilket vil svare til ca. 876 mio. kr. i 2011.¹⁶

Figur 6: Hvor stor en andel af sygedagpengeudgifterne i 2002-2006 kan de mest syge forklare?¹⁷ Figuren viser, hvor stor en del af det samlede sygefravær, der kan forklares med sygdom blandt de henholdsvis 30, 50 og 100 pct. mest syge personer (dem med mest sygedagpengerelateret fravær)



¹⁵ www.arbejdsmiljoviden.dk/Viden-om-arbejdsmiljoe/Sygefravaer, juni 2012

¹⁶ Beskæftigelsesministeriet: Analyse af sygefraværet, april 2008

¹⁷ Beskæftigelsesministeriet: Analyse af sygefraværet, april 2008

2.5. Længere sygedagpengeperiode betyder højere udstødningsgrad

Jo længere tid en lønmodtager er syg – jo ringere er sandsynligheden for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Og jo større er sandsynligheden for at komme på sygedagpenge igen inden for et år, selv i de tilfælde, hvor man faktisk kommer tilbage.

Arbejderbevægelsens Erhvervsråd har analyseret de personer, der overgik fra beskæftigelse til sygedagpenge i 2004 for at vurdere sandsynligheden for at komme tilbage på arbejdsmarkedet efter en periode med sygefravær. Analysen viser, at sandsynligheden for at forlade sygedagpengesystemet inden for et kvartal er på 68 pct. for personer, der har modtaget sygedagpenge i 1-4 uger. Den falder til 53 pct. efter 5-8 uger. For personer med sygedagpenge i over 20 uger er sandsynligheden lidt over 30 pct., jf. figur 7.

Figur 7: Udstødningsgraden for sygedagpengemodtagere ¹⁸

| | Fortsat på sygedagpenge | Antal, der kommer i beskæftigelse det kommende år | Andel i beskæftigelse efter et år | Udstødningsgrad |
|----------------|--------------------------------|--|--|------------------------|
| 1. uge | 309.304 | 260.385 | 84,2 | 15,8 |
| 5. uge | 125.749 | 92.221 | 73,3 | 26,7 |
| 13. uge | 55.977 | 31.754 | 56,7 | 43,3 |
| 26. uge | 29.533 | 11.955 | 40,5 | 59,5 |
| 52. uge | 13.492 | 3.340 | 24,8 | 75,2 |
| 78. uge | 5.624 | 968 | 17,2 | 82,8 |

Kommunerne bruger mange penge på sygefravær. Det gælder både de direkte udgifter til sygedagpenge og tab i form af sygefravær blandt de kommunalt ansatte. Sygefravær kan have store personlige konsekvenser både menneskeligt, arbejdsmæssigt og økonomisk. Jo længere sygefraværet er, jo større er risikoen for, at den sygemeldte ender med at forlade arbejdsmarkedet permanent. Bliver kommunerne bedre til at håndtere sygefravær med en tidlig og tværfaglig indsats, så er det et plus både for kommunekassen, arbejdsmarkedet og den enkelte borger.

¹⁸ AE-Rådet: Længerevarende sygefravær øger risikoen for udstødning, 8. oktober 2007

3. Tre barrierer for et bedre rehabiliteringsforløb

Sundhed og beskæftigelse har behov for nytænkning og løsninger, der kan løse de store økonomiske og sundhedsmæssige udfordringer. Der er særligt tre konkrete problemfelter, der fungerer som barrierer for en mere effektiv håndtering af sygedagpengeområdet.

3.1. Sundhed og beskæftigelse arbejder ikke tilstrækkeligt sammen

Beskæftigelsessystemet og sundhedsvæsnet er på nuværende tidspunkt to adskilte områder. De har forskelligt sprog, forskellig faglighed, forskellige mål og forskellige succeskriterier. De gør hver for sig et godt stykke arbejde – men i feltet mellem de to findes sygedagpengemodtageren, som ikke modtager en velkoordineret håndtering af sit sygeforløb. Den manglende integration mellem de to instanser betyder nødvendig bureaukrati, forlængede sygedagpengeforløb, ringere borgerservice og milliardtab i kommunerne.

Sundhedsvæsnet omfatter en lang række forskellige instanser og organisationer. Fra den kommunale sundhedspleje, over den praktiserende læge til speciallæger og hospitaler. Det overordnede formål med indsatsen er at løfte borgernes sundhedstilstand. Det foregår i et samspil mellem aktørerne, hvor kommunen har ansvaret for borgere med et lægefagligt behov. Dette behov afdækkes typisk på baggrund af en medicinsk diagnose af borgeren.

På sundhedsområdet har kommunerne pligt til at skabe rammer for sund levevis og give sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Kommunernes forebyggelse og sundhedsfremmende opgaver omfatter både en borgerrettet indsats, der skal forebygge sygdom og ulykker og en patientrettet indsats, der skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere.

Efter sundhedslovens § 140 har kommunalbestyrelsen pligt til at tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra hospital har et lægefagligt behov for genoptræning

Beskæftigelsessystemet består ligeledes af en række instanser som A-kasser, jobcentre og beskæftigelsesregioner. Af disse spiller de kommunale jobcentre den helt centrale rolle i forhold til en indsats til at få sygemeldte tilbage på arbejdsmarkedet. På sygedagpengeområdet har kommunen til opgave at yde økonomisk kompensation ved fravær på grund af sygdom samt medvirke til, at den sygemeldte genvinder sin arbejdsevne og vender tilbage til arbejdsmarkedet hurtigst muligt. Kommunen har endvidere pligt til at understøtte samarbejde med andre kommuner, virksomheder og andre relevante aktører for at nedbringe sygefraværet.

Efter lov om aktiv beskæftigelsesindsats kapital 7 skal der tilrettelægges og gennemføres et individuelt og fleksibelt kontaktføreløb under hensyn til personens ønsker og forudsætninger samt arbejdsmarkedets behov med henblik på, at personen hurtigst muligt opnår ordinær beskæftigelse, alternativt at personen bringes tættere på arbejdsmarkedet.

Det dobbelte CPR

Et eksempel på, hvor det manglende fælles fokus kan være et problem, er, når der opstår parallelindsatser. På nuværende tidspunkt opdeles borgerens forløb i to parallelspor, uden tværfaglig indsats og koordinering i samme register og system. Med andre ord registreres den samme borgers CPR, i to separate systemer, der ikke taler sammen. Det betyder ikke blot, at borgeren ofte oplever sit sygeforløb som usammenhængende, der er også risiko for, at borgeren oplever direkte modstridende meldinger og vejledninger.

KL har tidligere peget på, at lægerne fx ikke kender beskæftigelseslovgivningen og alene forholder sig til vurderingen af det sundhedsfaglige, hvilket giver problemer, når borgeren i Jobcenteret oplever, at egen læge bliver underkendt på sine udtalelser”.¹⁹

I forlængelse af dette, bør der ligeledes fokuseres på en velkoordineret beskæftigelsesrettet indsats, som er virksomhedsorienteret. En sådan tværfaglig koordinering med høj tilknytning til arbejdsmarkedet øger både raskmeldinger og i høj grad delvis raskmelding eller praktik i egen eller ny virksomhed. Som tidligere nævnt, er sygeperiodens varighed en af de væsentligste fødekilder til permanent offentlig forsørgelse. Derudover betyder hver eneste sparret uge tusindvis af sparrede kroner i sygedagpengeudgifter.

Kultur og normer forhindrer samarbejde og videndeling

Udfordringerne i samarbejdet på sundheds- og beskæftigelsesområdet er på mange måder forankret i to forskellige sæt af normer og værdier, der kan have svært ved at tale sammen. Succesfuld bekæmpelse af sygefraværet handler om at få engageret alle omkring den sygemeldte – arbejdsgiver, jobcenter, sundhedsfaglige aktører – for hurtigst muligt at afdække mulighederne for at komme tilbage i job. Desværre er netop kultur og normer nogle barrierer, som står i vejen for en integreret indsats.

¹⁹ KL; Sygefraværet skal nedbringes gennem en tidlig, aktiv og sammenhængende indsats, 2012

Som tidligere nævnt har sundheds- og beskæftigelsesområdet forskelligt sprog, forskellig faglighed, forskellige mål og forskellige succeskriterier. Med andre ord eksisterer der to forskellige kulturer, normer og opfattelser af, hvad der er vigtigt, og hvordan opgaver løses. Det er i høj grad, fordi de er underlagt forskellige lovgivninger, krav og fokus. Eksempelvis har sygedagpengelovgivningen faste krav til tidspunkt og indhold i den opfølgning, som sagsbehandlere skal foretage i sygedagpengesager. Anderledes ser det ud i sundhedslovgivningen, hvor der er meget få "skal-opgaver", hvorfor der ikke findes fastlagte procedurer, krav mm.²⁰

Udtalelser fra en medarbejder i et jobcenter.

"Der har været mange fordomme fra begge personalegrupper.

Fysioterapeuterne så sagsbehandlerne som nogen, der kun havde fokus på opfølgning og kontrol med borgeren. Sagsbehandlerne troede, at fysioterapeuterne vil beskytte borgerne, og at de derfor opfordrer borgerne til at sige til deres sagsbehandler, at de ikke er klar til at komme i beskæftigelse endnu"

Barrierer, som gør det vanskeligt at sammentænke de to systemer i praksis:

- De er underlagt forskellig lovgivning med forskellige målsætninger og systemer. Sundhedssystemet er rettet mod helbredstilstanden. Jobcenteret er rettet mod arbejdsmarkedet
- Kulturen på jobcenteret og sundhedscenteret er meget forskellig. Der er forskellige faggrupper, forskelligt sprog, forskellige fagligheder, forskellige processer og forskellige succeskriterier
- Ansvarsdelingen mellem de to instanser er ikke klar. Det gælder fx i forhold til dokumentation.
- It-systemerne taler ikke sammen på tværs af beskæftigelse og sundhed²¹

Med forskellige succesparametre, juridiske forhold, måleenheder, kultur osv., er det forståeligt, at de to parter har svært ved at samarbejde. Enhver læge vil fokusere på menneskets anatomi, såvel som rådgiveren i jobcentret vil fokusere på sine forpligtelser. Desværre er der mange borgere, som kommer i klemme mellem disse to og kan have svært ved at navigere – på samme måde som personale, ledere, virksomheder og embedsmænd kan have svært ved at navigere. Derfor er der behov for konkrete initiativer, som nedbryder denne silotænkning og ser borgeren i et helhedsperspektiv med fokus på at få borgeren i fast arbejde.

En anden af de faktorer, som har stor betydning for borgerens evne til at komme hurtigere fra offentlig forsørgelse til fast arbejde, er sagsbehandlingstiden. Der vil det være særdeles gunstigt med en dialog om den nuværende lovgivning om indberetning, første vurdering af borgerens problemstilling, første samtale og konkrete indsats.

²⁰ Samarbejde om sundhedsindsatser for sygedagpengemodtagere, 2011

²¹ Samarbejde om sundhedsindsatser for sygedagpengemodtagere, 2011

3.2. Otte uger er for lang tid

Erfaringerne viser, at det er helt centralt at have en tidlig indsats, en proaktiv indsats og en sammenhængende og tværfaglig indsats. Ligeledes er det særligt uhensigtsmæssigt for den sygemeldte at have lange perioder væk fra arbejdspladsen, også selvom arbejdet, før sygdom, er på nedsat tid. Med andre ord handler det om at have så tæt tilknytning til arbejdsmarkedet som muligt.²²

Gigtforeningen er en af dem, der peger på, at samfundet lider et stort tab på grund en sen og ukoordineret indsats. I Gigtforeningens seneste udspil kan man læse, at:

*"under halvdelen af dem, der har været sygemeldt med gigtsygdomme i over otte uger, er efter ti måneder tilbage i beskæftigelse"*²³.

Udspillet kommer på baggrund af en undersøgelse fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Gigtforeningen foreslår i samme udspil, at kommunerne bør iværksætte en tværfaglig indsats allerede efter fire uger, hvis ikke unødigt mange skal placeres på offentlig forsørgelse.

Lov er lov

På jobcentrene er de forpligtede til opfølgning inden for en række bestemte lovkrav, lige såvel som den sygemeldte har pligt til at møde op, såfremt den sygemeldte ønsker sygedagpenge. På nuværende tidspunkt skal den første personlige samtale mellem de to parter aftales inden 8 uger. Det betyder, at en borger kan gå op til 2 måneder uden plan for, hvordan den sygemeldte genvinder sin tabte arbejdsevne i størst mulig grad²⁴.

International forskning og danske erfaringer taler for en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er flere gange påvist, at den mest effektive vej til at genvinde maksimal arbejdsevne og forebygge tilbagefald er at forblive i sit arbejde eller hurtigt vende tilbage til arbejdet efter sygdom.

Danmark bagefter: Færre langtidssyge vender tilbage

Selvom sygefraværet i Danmark ligger relativt lavt i forhold til andre OECD-lande, tager det markant længere tid for danskere at vende tilbage til deres arbejde efter en periode med længerevarende sygefravær sammenlignet med lande som Holland, Sverige og Tyskland.

Sammenlignet med andre lande er vi også mindre gode til at forhindre, at langvarigt sygefravær fører til arbejdsophør før tid. Det kan hænge sammen med, at vi ved sygdom og fravær traditionelt har fokuseret på behandler- og sundhedssystemet, dvs. langt væk fra arbejdspladsen.

²² www.arbejdsmiljoviden.dk/Viden-om-arbejdsmiljoe/Sygefravaer/Fra-sygdom-til-arbejdsevne, juni 2012

²³ Dagens Medicin: Langtidssyge skal hurtige tilbage på arbejdsmarkedet, 29. maj 2012

²⁴ Samarbejde om sundhedsindsatser for sygedagpengemodtagere, 2011

I dette såkaldte 'care disease' paradigme opfattes arbejde og arbejdsplads ofte som et sted, hvor en sygdom kan forværres. En forestilling der let forstærkes hos den sygemeldte.²⁵

"Nyere international forskning har imidlertid vist, at man genvinder maksimal arbejdsevne og forebygger tilbagefald mest effektivt ved at fortsætte med at arbejde – eller hurtigt vende tilbage til arbejdet efter sygdom. I dette paradigme – det såkaldte 'disability prevention'-paradigme – er fokus således på at bevare en så tæt tilknytning til arbejdslivet som muligt."²⁶

Det er tydeligt, når man ser på forskningen og erfaringsgrundlaget, at et stort antal sygemeldte har langt mere gavn af en hurtig velkoordineret og tværfaglig indsats, med tæt tilknytning til arbejdsmarkedet.

3.3. Mangler viden og dokumentation

KL har i 2010 foretaget en undersøgelse, som viser, at 19 kommuner har påbegyndt et samarbejde om sundhedsindsatser mellem sundhedsafdeling og jobcenter. Erfaringerne fra hovedparten af kommunerne, som har etableret et konkret samarbejde, er, at der er en række gevinster. Desværre er sådanne undersøgelser ikke tilstrækkelige. Der mangler viden og dokumentation af de forskellige indsatser på sygedagpengeområdet. Det gælder både af generel og konkret karakter, som kan udmunde i specifikke generaliserbare parametre, best practice og værktøjer.

Anvendt KommunalForskning er en af de institutioner, som er langt fremme, når det gælder viden om offentligt-privat samarbejde. Anvendt KommunalForskning (AKF) har gennem en række analyser afdækket nogle af de centrale fordele og ulemper ved de offentlige-private samarbejder. De har både kunnet vise gode og dårlige eksempler, men fælles for området er et stort behov for viden om, hvad der virker, og hvad der ikke virker. Det betyder, at mange kommuner og regioner indgår samarbejder uden reel viden om effekter, fordele og ulemper.²⁷

Eksempelvis viser evalueringen fra AKF i 2010, at der i høj grad mangler konkret viden om diverse indsatser på beskæftigelses- og sygedagpengeområdet. AKFs evaluering af forsøgsordninger i Køge Kommune viste ingen klar tendens til, at nye kontanthjælpsmodtagere og sygedagpengemodtagere efter forsøgets start er blevet hurtigere selvforsørgende i Køge Kommune sammenlignet med de andre kommuner. Det modsatte er heller ikke tilfældet, og Køge Kommune adskiller sig derfor ikke fra de sammenligningskommuner, som var en del af forsøget.²⁸

KL har taget et skridt i den rigtige retning med arbejdsgangsbanken, hvor kommuner har adgang til forslag til forbedrede arbejdsgange. På nuværende tidspunkt er det dog primært erfaringsopsamlinger frem for veldokumenterede undersøgelser og analyser af diverse indsatser.

²⁵ www.arbejdsmiljoviden.dk/Viden-om-arbejdsmiljoe/Sygefravaer/Fra-sygdom-til-arbejdsevne, juni 2012

²⁶ FTF: Mentale helbredsproblemer og sygefravær, marts 2011

²⁷ www.akf.dk/projekter/container/5220/, juni 2012 og AKF årsrapport 2012

²⁸ www.akf.dk/udgivelser/2010/2850_privat_aktioer/, juni 2012

Med mere viden på området vil samfundet, kommunerne, virksomhederne og ikke mindst borgerne drage fordel af mere klarhed om resultaterne og effekterne af diverse indsatser. Det gælder både på sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet og ikke mindst samarbejdet mellem disse.²⁹

Med veldokumenteret viden kan vi foretage nationale ændringer frem for enkelte suboptimeringer i lokale kommuner. På den måde kan vi lære af best practice som sikrer, at borgerne kommer fra offentlig forsørgelse tilbage i fast arbejde.

Helt konkret mangler der viden om:

- Effekterne af en velkoordineret og tværfaglig indsats, der bygger bro mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet
- Resultaterne af en tidlig tværfaglig indsats
- Effekterne af samarbejde med private sundhedsaktører i beskæftigelsesindsatser
- Resultaterne af den dårlige tilknytning til arbejdsmarkedet i sygedagpengeindsatsen i en dansk kontekst.

4. Løsningen findes i kommunerne

Udfordringerne på sygedagpengeområdet er således til at få øje på, og flere organisationer har peget på adskillige områder, hvor der er store potentialer for besparelser og bedre borgerservice. Særligt KL, DA og KREVI har undersøgt området, og det gennemgående tema er, at løsningen findes i kommunerne.

4.1. Store besparelser i organisering og administration

Langt de fleste potentialer for besparelser er placeret inden for administrationen og organiseringen af sygedagpengeområdet. KL har fremhævet, at 60 % af udgifterne til sygedagpenge er kontrollerbare. Det har givet anledning til, at KL har sat søgelyset på den store forskel, der er i kommunernes udgifter. Det er særligt de udgifter, som knytter sig til kommunernes evne til at afslutte sygedagpengeforløbene hurtigt og effektivt.

Andre undersøgelser fra KREVI og DA understreger ligeledes, at store besparelser på området er direkte forbundet med en nytænkning og revurdering af de eksisterende procedurer og administrationsformer.

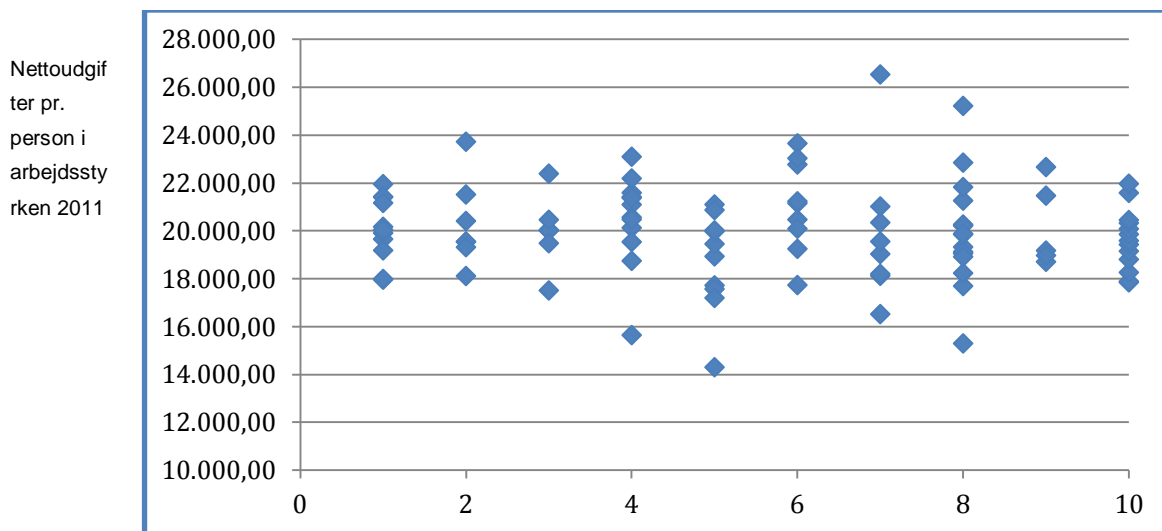
Store besparelser ved effektiv sagsbehandling

Problematikken er til at overskue og er særdeles håndterbar for kommunerne. KL har eksempelvis peget på, at der er grundlag for store besparelser, hvis kommunerne blev mere effektive i deres sagsbehandling.

²⁹ Samarbejde om sundhedsindsatser for sygedagpengemodtagere, 2011

I en sammenligning af jobcentrenes udgifter til sygedagpenge, kategoriserede KL kommunerne i 10 klynger ud fra deres udgifter til sygedagpenge. Konklusionen var klar. Hvis kommunen, i hver af de ti klynger af sammenlignelige kommuner, med de højeste udgifter pr. sag, var lige så effektiv som den mest effektive kommune i klyngen, kunne de ti kommuner i gennemsnit spare 450 millioner kroner.³⁰

Figur 8: Spredning på udgifter til sygedagpenge fordelt på 10 klynger af sammenlignelige kommuner³¹



Klynge 1-10 (en klynge består af kommuner med sammenlignelige rammevilkår)

Figur 8. viser forskellene på de kommunale udgifter til sygedagpenge. Kommunerne er grupperet i klynger med sammenlignelige rammevilkår. Når kommunen sammenlignes med andre kommuner, der har sammenlignelige rammevilkår, bliver sammenligningen således mere "retfærdig". Eller sagt på en anden måde, når kommunerne sammenlignes, skyldes de forskelle, man finder i kommunernes resultater ikke, at kommunerne har forskellige rammevilkår. At kommuner har samme rammevilkår betyder, at de har en række grundlæggende træk til fælles, der har betydning for, hvor lang tid borgerne kan forventes at modtage offentlig forsørgelse. Kommuner, hvor borgerne statistisk set forventes at have længere tid på offentlig forsørgelse, har således mindre gunstige rammevilkår end kommuner, hvor borgerne statistisk set forventes at have kortere varighed på offentlig forsørgelse.

Det afgørende er, at løsningen findes hos kommunerne og i måden, hvorpå kommunerne forvalter opgaven på. Når udgifterne til sygedagpenge varierer i en sådan grad, er der et åbenlyst behov for nye metoder og nye måder at organisere og administrere sygedagpengeindsatsen.

KL har gentagende gange fremhævet, at det er vigtigt med en tydelig og markant ledelse, der vægter en arbejdsmarkedsorienteret indsats højt.

³⁰ Beregninger ud fra tal fra www.jobindsats.dk i 2009

³¹ Beregninger ud fra tal fra www.jobindsats.dk, juni 2012

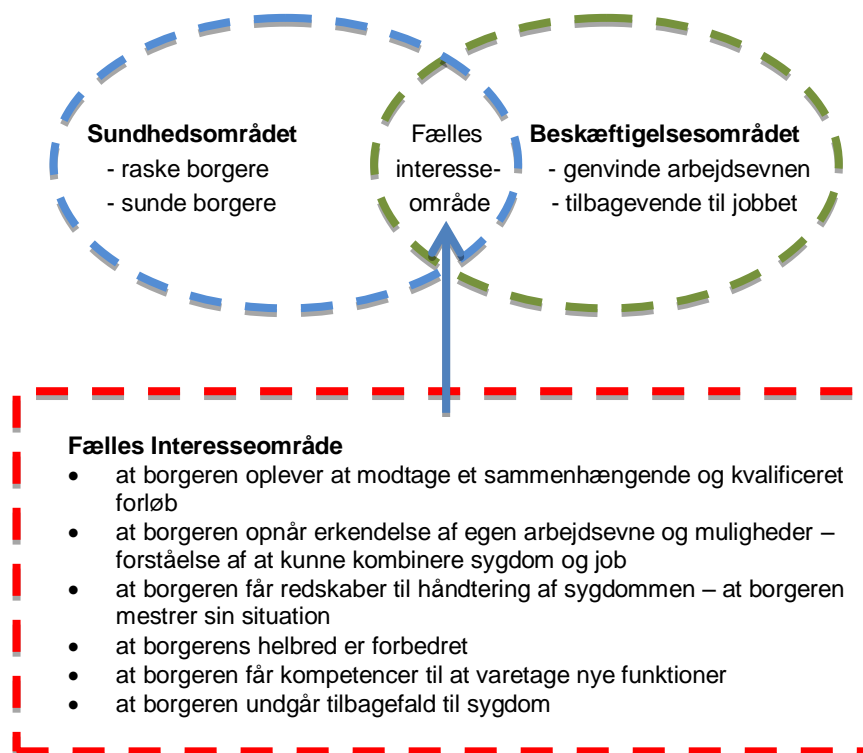
Derudover har KL understreget, at den store synder er ineffektive arbejdsgange, manglende tilsyn og opfølgning, manglende samarbejde mellem virksomheder, læger, fagforeninger og jobcentre, hvilket tilsammen medfører lange sagsforløb og høje udgifter.

Med andre ord handler det om et fokus på nye metoder, en tværfaglig indsats om en mere effektiv sagsbehandling, der kan nedsætte kommunernes udgifter. Det er således kommunerne, der høster de økonomiske gevinster sammen med borgeren, der vender tilbage på arbejde.

4.2. Nedbrydning af silotænkning skaber merværdi

Som tidligere nævnt er indsatsen primært opdelt inden for sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet. Selvom de to formål er forskellige, er der en række fælles interesseområder og sammenfald i opgaver og relationen til borgeren, som, hvis udnyttet rigtigt, kan give bedre resultater inden for bekæmpelse af sygefravær. KL har fremhævet en række fælles interesser og konkrete gevinster for kommunen:

Figur 9: Interesseoverlap mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet³²



³² Samarbejde om sundhedsindsatser for sygedagpengemodtagere, 2011

KL peger på flere gevinster ved at nedbryde silotænkning og tænke i samarbejde. Fra KLs tidligere omtalte rapport fremhæver de følgende gevinster:

- Giver mulighed for en effektiv ressourceudnyttelse af kommunernes samlede økonomi (pengene bliver i kommunen, og indsatsen opfylder kommunale målsætninger)
- Kommunen kan "slå to fluer med ét smæk" – at syge borgere både modtager en sundhedsindsats og kommer tilbage i arbejde
- Sikrer et mere sammenhængende forløb for borgeren i forhold til en indsats varetaget af en privat leverandør
- Giver mulighed for tværfaglig opkvalificering af medarbejderne i både jobcentret og i sundhedscentreret
- Indsatserne kan være "en dør til en ny målgruppe" for sundhedscentreret
- Samarbejdet bidrager til at udvikle kommunens indsats over for syge borgere bredt set³³.

WHO anbefaler en helhedsvurdering

The World Health Organisation (WHO) fremhæver vigtigheden af en helhedsorienteret tilgang, fremfor kun en fysiologisk diagnose, når helbredet skal vurderes. Helt konkret anbefaler WHO den såkaldte ICF-model (International Classification of Function), som ledende princip for den sundhedsmæssige intervention over for funktionsnedsættelser og helbredsindsats.

ICF-Modellen tager udgangspunkt i at en persons helbredsmæssige tilstand er influeret flere faktorer og anviser en holistisk tilgang til rehabilitering ved at inddrage borgerens omgivelser, arbejde og fritid i interventionen. Modellen bringer desuden fokus på, at inddragelse af alle relevante aktører, der er, har været eller skal i berøring med borgeren sikrer en helhedsorienteret og sammenhængende indsats.

Ved at anvende ICF-tankegangen som model for den samlede sundheds- og beskæftigelsesindsats sikres et borgerforløb, hvor de forskellige aktører arbejder sammen mod samme mål, og hvor indsatsen tager højde for alle relevante faktorer omkring borgeren.

Lidelser ses således ikke isoleret som en sundhedsmæssig opgave, men ansues ud fra borgerens samlede livssituation, ressourcer og muligheder. Modellen skaber mulighed for at justere på andre parametre end de fysiske forhold f.eks. anatomi og fysiologi i forbindelse med funktionsnedsættelse. Den giver behandleren mulighed for at justere på omgivelse og arbejdsmæssige forhold, der sikrer en mere bæredygtig og effektiv rehabilitering. Rehabiliteringsforløbet har i den forstand et bredere fokus, hvor der lægges vægt arbejdsmæssige forhold og andre relevante omgivelsesfaktorer, der sikrer borgeren en succesrig rehabilitering.

³³ Samarbejde om sundhedsindsatser for sygedagpengemodtagere, 2011

4.3. Økonomisk effektiv sygedagpengeadministration

KREVI foretog en undersøgelse af seks kommuner med fokus på en økonomisk effektiv administrativ praksis på sygedagpengeområdet. Omdrejningspunktet var de praksisser, som understøtter, at en borger hurtigst muligt kommer ud af sygedagpengesystemet igen. Derfor handler det om en effektivisering, som ikke er på bekostning af gode resultater for denne praksis.

Styring i kommunerne

Fælles for de kommuner med gode resultater var klare milepæle og principper for arbejdet med sygedagpengesagerne.

Tidlig indsats

Der kan gå lang tid, fra en borger bliver syg, til jobcentret modtager anmeldelsen om sygefravær og til den første opfølgning fra kommunen. Derudover kan der gå lang tid fra første opfølgning til reel handling. Quick Care oplever eksempelvis, at borgerne først visiteres til deres forløb efter 22,3 ugers sygefravær (gennemsnit af 8.900 borgerforløb afsluttet i 2010 og 2011).

Det er en kostbar tid, som bør udnyttes. Det gælder særligt i de sager, som har risiko for at blive langvarige. Her er det afgørende med en tidlig indsats.³⁴ I KREVI's undersøgelse viste tidlige personlige samtaler sig at bidrage til bedre opstart, da begge parter bliver bedre informeret om det kommende forløb. I den forbindelse er et målrettet fokus på arbejdsmarkedet særlig vigtigt, især med systematiske arbejds gange.

”Det flytter ikke noget med breve, men med personlige samtaler og kontakten til borgeren, som hele tiden får at vide, at det handler om at komme tilbage til arbejdsmarkedet – dét flytter noget: at holde fast i, at fokus er tilbage på arbejdsmarkedet”.

Kilde: KREVI: Økonomisk effektiv sygedagpengeadministration, 2009 side 15

Bedre samarbejder med eksterne parter

Formaliserede samarbejder med eksterne parter er ligeledes vigtige for god administration og effektive forløb. Det samme gør sig gældende for samarbejde mellem kommunen og arbejdsgiveren, hvilket sikrer bedre tilknytning til og fokus på arbejdsmarkedet. Erfaringer tyder på, at jo bedre samarbejder, information og videndeling med arbejdsgiveren, jo mere sikres en tidlig indsats og langt tidligere tilbagevenden til arbejdet. Det gælder både i form af delviste raskmeldinger, aktiv virksomhedspraktik eller fuldtidsbeskæftigelse.³⁵

³⁴ KL: Færre udgifter til sygedagpenge, 2010

³⁵ KREVI: Økonomisk effektiv sygedagpengeadministration, 2009

5. Seks konkrete anbefalinger

På baggrund af ovenstående og flere års erfaring inden for området, har vi udarbejdet seks konkrete anbefalinger, som kan gøre en forskel.

Seks konkrete anbefalinger

- 1) Sygemeldte borgere mellem 18 og 65 år skal vurderes 360-grader med et samlet sundheds- og beskæftigelsesfokus inden 8 uger.
- 2) Sundhed og beskæftigelse skal lægges sammen, så den kommunale genoptræning får et beskæftigelsesrettet fokus og mål for borgere i den arbejdsdygtige alder.
- 3) Der skal etableres en kultur i kommunerne, der understøtter en tidlig, tværfaglig tilgang til rehabilitering.
- 4) Ved særlige risikogrupper skal pletvis sygdom overvåges, så der kan sættes ind før en sygemelding.
- 5) Hospitalernes genoptræningsvurderinger skal beskæftigelsesvurderes.
- 6) Der skal etableres systematisk dokumentation og måling af rehabiliteringsindsatsen med fokus på effekt og resultatstyring frem for kontrol.

Quick Care 2012

6. Cases

6.1. Case 1: Aabenraa – 360-graders indsats

Udfordring

Siden efteråret 2009 har Jobcenter Aabenraa arbejdet med en målsætning om at effektivisere sagsbehandlingen på sygedagpengesager. Indsatsen for målgruppen oplevedes som sekventiel og ukoordineret, hvilket til dels skyldes, at flere aktører var inde over samme sag. For at minimere antallet af sager, som overstiger 52 uger, ønsker jobcentret at skabe en tidlig indsats med en helhedsorienteret sundheds- og beskæftigelsesrettet afklaring inden 8 uger.

Handling

En veltilrettelagt udbudsrunde reducerede antallet af 'andre aktører' fra 6 til 2 og samtidig formet fundamentet for opbygningen af et Helbredsafklarende Ressourcecenter, som kan bidrage med en bred vifte af kompetencer og afklaringsmuligheder. Quick Care leverer størstedelen af afklaringstilbuddene i ressourcecentret. Der er et tæt samarbejde mellem jobcentret og Quick Care i forhold til at udvikle de rette redskaber til en hurtig og effektiv afklaring af borgere på sygedagpenge.

Indsatsen er flerstrengt, hvor der bl.a. er fokus på opkvalificering af sagsbehandlerne, effektivisering af arbejdsgange og en øget inddragelse af medarbejderne i de overordnede målsætninger. Quick Care har ud over de borgerrettede ydelser (fysisk, psykisk og social funktionsafklaring, udplacering) bl.a. oprettet en screeningsgruppe bestående af to sagsbehandlere fra jobcentret samt læge og fysioterapeut fra Quick Care. Gruppen screener alle nye sager og sikrer derigennem tidlig, tværfaglig afklaring af rette tiltag i sagen.

Effekt

Jobcenter Aabenraa oplevede følgende resultater:

- et fald i antallet af løbende sygedagpengesager med 12 %
- et fald i den gennemsnitlige sagsbehandlingstid med 14,4 %
- et fald i antallet af sygedagpengesager over 52 uger på 24 %

6.2. Case 2: Thisted – Øget effektivitet via kulturændring med fokus på en resultatstyret indsats

Udfordring

Det kommunale revalideringscenter Center for Afklaring og Beskæftigelse (CAB) i Thisted Kommune ønsker at fremtidssikre institutionen som førstevalg af leverandør til Jobcenter Thisted. Hovedmålsætningen er at skabe en intern kulturændring med fokus på kunde-leverandør-forholdet. Med en ændring af metoder og kultur, ønskede CAB at sætte fokus på øget effektivitet og udviklingen af en resultatstyret indsats. Denne indsats skal medvirke til at skabe:

- Konkurrencedygtighed i forhold til markedspriser
- Monitoreringsredskaber
- Benchmarking på effekt
- Øget selvoplevet brugertilfredshed
- Øget inddragelse af virksomheder i indsatsen

Udviklingen skulle ske via OPP-samarbejde med en privat aktør på målgruppen af sygemeldte borgere.

Handling

I foråret 2012 vælges Quick Care som samarbejdspartner. Quick Care varetager et afklarende og opkvalificerende forløb for sygemeldte borgere med fysiske og/eller psykiske barrierer på vegne af CAB og står for den daglige kontakt til jobcentret. Forløbet indeholder individuelt tilrettelagt fysisk træning ud fra borgerens forudsætninger og behov, sundhedsrådgivning, vejledning om arbejdsmarkedet og muligheder for tilbagevenden og tæt dialog med sagsbehandler.

Quick Care indgår i CAB's ledelsesgrupper og arbejder med forandringsprocesser både på aktivitets- og ledelsesniveau. Quick Care bidrager med udvikling af måleredskaber/metoder til effekt- og kvalitetsstyring samt metodeudvikling af CAB's samarbejdsprocesser i forhold til jobcentret.

Effekt

Projektet er forsat i implementeringsfasen, men de første resultater ses allerede på ledelsesniveau, hvor de oplever ændringerne i kulturen.

"Udvikling og fremtidssikring er lettere i et OPP-samarbejde end alene. Især kulturændringer kan være svære at skabe indefra, og vi har i den proces fået god hjælp fra Quick Care, der som privat aktør bidrager med et helt nyt værdisæt og en kultur målrettet kundetænkning. Det har virkelig medført en ny måde at tænke på for os."

Ole Laulund, Institutionsleder på Center for Afklaring og Beskæftigelse (CAB), Thisted

6.3. Case 3: Svendborg – Tidlig og præventiv indsats gennem inddragelse af arbejdsgiver og fagforening

Udfordring

Byrådet har en ambition om, at kommunens samlede fravær skal falde 20 % fra 2009 til 2015. Samtidig viser en undersøgelse fra 2011, at den største gruppe af sygemeldte i Jobcenter Svendborg er kommunens egne ansatte, og at 'omsorg- og plejeområdet' er hovedleverandør af sygemeldinger.

Jobcentret ønsker på den baggrund at etablere en struktur, der bidrager dels til en tidligere indsats for nysygemeldte - dels en forebyggende indsats for endnu ikke sygemeldte ansatte, der af nærmeste leder vurderes at være i farezonen for en længerevarende sygemelding (pga. fx gentaget pletvis fravær). Målet er at øge andelen af delvist raskmeldte og reducere sygefraværets længde.

Jobcenter Svendborg har i forbindelse med projektet ansøgt om puljemidler fra Det Lokale Beskæftigelsesråd for Svendborg, Langeland og Ærø med henblik på videreudvikling og bearbejdning af resultaterne af projektførelsen.

Handling

Quick Care vælges som samarbejdspartner og i fællesskab med jobcentret udarbejdes en projektbeskrivelse, der støttes med midler fra KVIS-puljen. Arbejdsgiver (nærmeste leder) inddrages som visitator for at få borgeren i aktivitet tidligt i sygeforløbet. Der skabes en intensiv opfølgning med ugentlige samtaler fra 4.-9. sygeuge i kombination med fysisk træning, coaching samt efter behov arbejdsmarkedsrettede samtaler med psykolog – alt sammen varetaget af Quick Care.

Quick Care koordinerer indsatsen mellem borger, sagsbehandler, arbejdsgiver, psykolog og fysioterapeut med henblik på at skræddersy et rehabiliteringsforløb, som tilgodeser den enkelte medarbejder. Samtidig er der en løbende dialog og et tværfagligt samarbejde med øvrige aktører fx egen læge, faglig organisation (FOA) mfl.

Effekt

Lisbeth Dahl, Afdelingschef for Hjemmepleje Vest er citeret i Fyns Amts Avis den 19. maj 2012 for følgende udtalelse:

"50 sygemeldte medarbejdere fra ældreområdet har taget imod tilbuddet, og langt de fleste er tilbage på arbejde. Yderligere 24 medarbejdere, der ofte havde fravær, har også været hos Quick Care, og ingen af dem har efterfølgende været langtidsygemeldte."

6.4. Case 4: Aarhus – Tværfaglig og koordineret genoptrænings- og sygedagpengeindsats

Udfordring

Med afsæt i strukturreformen i 2007 og overdragelsen af den ambulante genoptræning fra region til kommune ønskede Aarhus Kommune at udnytte muligheden for at tilbyde sygemeldte borgere mellem 18 og 65 år, som henvises til kommunens genoptræningscenter, en tværfaglig og koordineret indsats. Dette ved at sammenkoble sagsbehandlerens sygedagpengeopfølgning med fysioterapeutens undervisning/vejledning/instruktion i forbindelse med genoptræning.

Det er forventningen, at et koordineret samarbejde mellem sygedagpengeopfølgning og genoptræning af borgeren skulle:

- identificere og afkorte sygedagpengeforløb i forhold til almindelig, sektoradskilt praksis
- give den sygemeldte borger, som går til genoptræning, et rehabiliteringstilbud, som fremmer den enkelte borgers muligheder for at opnå så god en funktions- og arbejdsevne som muligt efter sygdomsforløb eller på trods af sygdom

Handling

Etablering af projektenhed med sagsbehandler og fysioterapeut samt bistand fra sociallæge. Sagsbehandler er udstationeret på genoptræningsstedet. Begge har løbende borgerkontakt ud over det i lovgivningen definerede. Efter borgerens første samtale med sagsbehandler og opstart på genoptræningen, fastlægges en individuel handlingsplan ud fra borgerens behov.

Opfølgningsplanen for tilbagevenden til arbejdsmarkedet laves altid i samarbejde mellem borger, fysioterapeut og sagsbehandler. Borgeren kan indkaldes til en opfølgningssamtale med fysioterapeut og sagsbehandler (fx hvis borgeren er usikker i forhold til den arbejdsmæssige fremtid). Samtalen afsluttes med en handlingsplan, der beskriver det videre forløb.

Fysioterapeuten bidrager med information om, hvordan genoptræningen forløber, og vurderer, hvor længe der fortsat er behov for genoptræning, og om borgeren kan genoptage sit arbejde. Fysioterapeuten vurderer desuden, om der er risiko for forringelse af borgerens fremtidige arbejdsevne ved fortsættelse af nuværende arbejde.

Sagsbehandleren orienterer om arbejdsmarkedsrelaterede forhold samt om, hvorvidt borgeren har konkurrerende lidelser. Sagsbehandleren bidrager også med viden om muligheder for tilbagevenden til arbejdsmarkedet, inddragelse af arbejdsgiver og/eller andre samarbejdspartnere i den enkelte sag, samt muligheder for fx hjælpemidler.

Der er udviklet en spørgeguide for fysioterapeuterne med henblik på at koble genoptræning sammen med fokus på arbejdsevne og tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Effekt

Resultaterne tyder på, at sygedagpengeperioden til fuld raskmelding afkortes i den koordinerede indsats i sammenligning med normalpraksis (kontrolgruppe). Sygedagpengeperioden til delvis raskmelding reduceres med 37 dage i den koordinerede indsats i sammenligning med kontrolgruppen. Den økonomiske vurdering af den koordinerede indsats viser:

- At der samlet kan spares godt 664.000 kr./år – besparelserne kan dog være op til 2-3 gange større end beregnet i den økonomiske Cost-benefit-analyse
- Besparelserne findes primært på sygedagpengeområdet, mens udgifterne primært findes på genoptræningsområdet

7. Effektmåling

Quick Care har foretaget en statistisk opgørelse for samtlige afsluttede sygedagpengeforløb i perioden 2010 og 2011. Det inkluderer 8.908 borgere i 35 samarbejdskommuner og resultaterne er:

- Høj effekt - 60 % afgået fra sygedagpenge
- Virksomhedsvendt fokus - 14 % virksomhedspraktik
- Hurtig opstart - 4,9 dage fra visitation til opstart i tilbud
- Kort varighed - 9,6 uger pr. forløb i gennemsnit
- Tunge borgere - 22,3 ugers sygefravær fra arbejdsmarkedet ved opstart i Quick Care
- Hurtig udplacering - 19 dage fra visitation til opstart i praktik

Kompleks målgruppe

De enkelte forløb varierer meget i forhold til målsætning, indhold og de visiteredes barrierer. Nogle har meget svage ressourcer, ringe eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet samt væsentlige skånehensyn af fysisk, psykisk og social karakter. Nogle er tættere på arbejdsmarkedet og har en arbejdsgiver at vende tilbage til. Nogle har en simpel somatisk problematik, mens andre har diffuse eller ikke-diagnosticerede lidelser med svære barrierer i forhold til arbejdsmarkedet. Målsætningen har i alle tilfælde været at bringe borgeren tilbage til eller nærmere arbejdsmarkedet.

Besparelse på 35.000 kr. per borger

Konsekvensberegninger på 466 afsluttede sygedagpengeforløb fra Roskilde Kommune i perioden 1. november 2010 til 30. april 2012 viser, at Quick Cares indsats gav Roskilde Kommune en nettogevinst på 34.923 kr. per visiteret borger eller samlet set 16,3 mio. kr. i perioden. Beregningerne er foretaget ud fra oplysninger fra Jobindsats.dk samt egne beregninger og kan ses i nedenstående graf. 67 % af de 466 borgere blev raskmeldt helt eller delvist efter gennemsnitligt 10,2 ugers forløb. Borgerne havde gennemsnitligt været sygemeldt i 19,9 uger ved opstart i Quick Care.

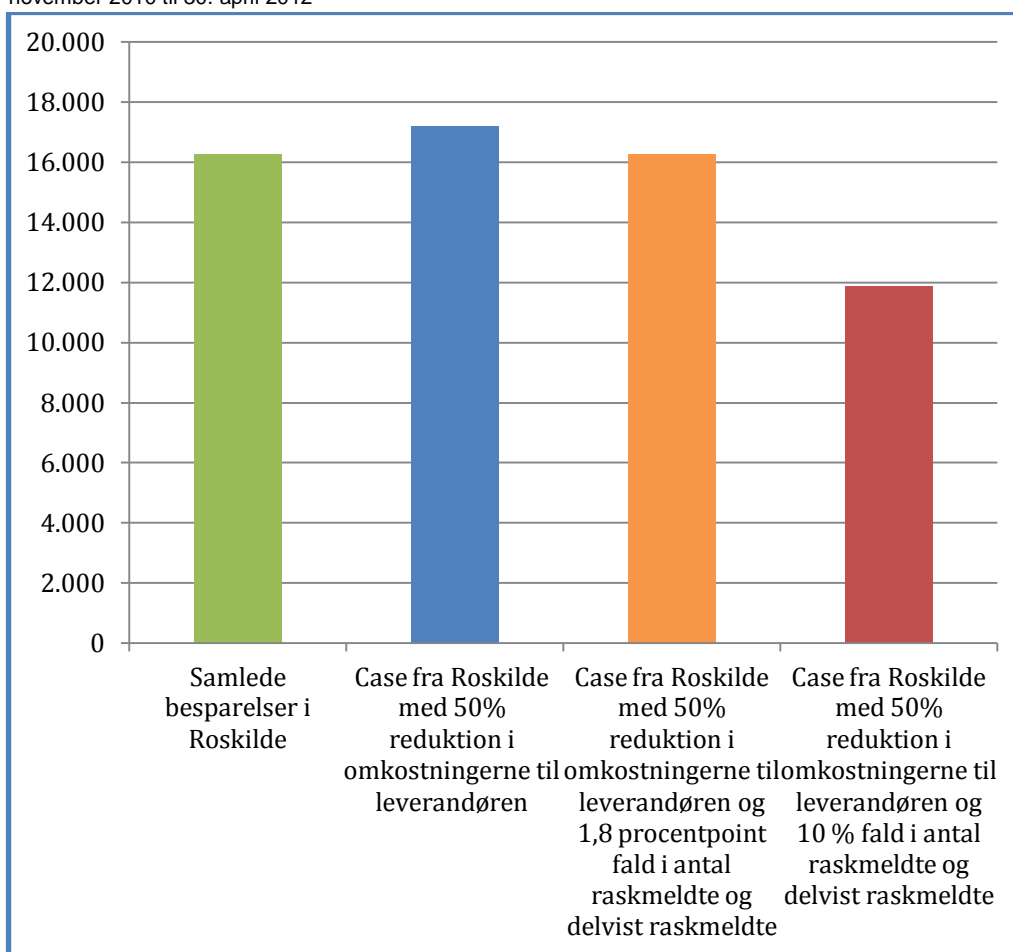
Beregningerne viser, at Quick Cares indsats afkorter sygefraværet med 7,3 uge pr. borger set i forhold til jobcentrets egne resultater, hvilket dels kan omsættes i her-og-nu-besparelse i sygedagpengeudgifter på 9.1 mio. kr. det første år og 9 mio. kr. i det efterfølgende år som følge af et fald i sager over 52 uger. Den økonomiske model tager højde for omkostningerne til Quick Care og den statslige refusion – men til trods for at kommunen kan få refusion for virksomhedsvendt aktivitet, er denne refusion IKKE indregnet i gevinsten. Den øgede tilførsel af skattedygtig arbejdskraft, minimering af løntab i virksomheder, udgifter til vikarer mv. er ligeledes IKKE indregnet i gevinsten.

God effekt er markant billigere end lav pris på indsatser

De vigtigste elementer for kommunens nettogevinst er en tidlig indsats, korte forløb og frem for alt høj kvalitet/effekt.

En beregning på ovenstående case fra Roskilde viser, at selv hvis omkostningerne til leverandøren reduceres med 50 %, må effekten kun falde med 1,8 procentpoint, for at besparelsen ikke udlignes af øgede sygedagpengeudgifter.

Figur 10: Beregninger foretaget på baggrund af data fra indsatsen i Roskilde Kommune i perioden 1. november 2010 til 30. april 2012



Figuren viser, hvorledes Roskilde Kommune oplevede en nettogevinst på 16,3 mio. kr. Desuden viser figuren, at kan kommunen nedsætte omkostninger til leverandøren af lignende ydelser med 50 %, vil kommunen opleve en besparelse på 17.2 mio. kr. Kommunen vil således kunne spare næsten en million mere i samme periode. Det er dog forudsat, at kommunen opnår samme effekt som i det oprindelige eksempel, nemlig 67 %. Figur 10 viser således, at ved et fald på 1,8 procentpoint i effekten, altså antallet raskmeldte og delvist raskmeldte, er besparelsen på 50 % til leverandøren blevet neutraliseret af udgifter til sygedagpenge.

Den sidste sølje viser ydermere, hvorledes en reduktion eller et fald i effekten på 10 procentpoint medfører et fald til 11.8 mio.kr. i nettogevinst for kommunen og derved et fald på 4.5 mio. kr. sammenlignet med Roskilde Kommune i perioden 1. november 2010 til 30. april 2012.

Pointen er, at det kan betale sig at fokusere skarpt på effekten af indsatsen frem for de initiale omkostninger til den eksterne leverandør. Kommunens økonomiske gevinst ligger primært i effekten i form af sparede omkostninger til de berørte sygedagpengemodtagere.



Quick Care hjælper danske kommuner med at løfte borgere fra offentlig forsørgelse tilbage i arbejde. Vi er landets største leverandør af denne ydelse og har ca. 1.500 borgere i aktivitet hver uge.

Vores medarbejdere er læger, speciallæger, psykologer, fysioterapeuter, diætister og virksomhedskonsulenter, som alle har valgt at arbejde på og for beskæftigelsesområdet. Vi kender det kommunale landskab, taler sagsbehandlernes sprog og skaber fælles resultater sammen med kommuner i hele landet.

Formålet er at bygge bro mellem sundhedsverdenen og beskæftigelsesverdenen for at sikre en hurtig vej tilbage i arbejde.

Vi fremsender gerne referencer samt uddybende oversigter over ydelsernes indhold og resultater.

Med venlig hilsen

Thomas Helt,
Administrerende direktør

Ulrik Jespersen,
Direktør



FRA OFFENTLIG
forsørgelse
TIL FAST
arbejde

Quick Care
Birk Centerpark 40
7400 Herning
Telefon 49 77 80 16
bs@quickcare.dk

