

25. oktober 2016

## **Flere skal bevare tilknytningen til uddannelse og arbejde til trods for sygdom – hvordan kan sundhedsvæsenet bidrage til det?**

Manglende tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked er forbundet med store omkostninger både for den enkelte og samfundsmæssigt. De seneste års reformer på beskæftigelsesområdet (Fleks- og førtidspensionsreform fra 2013 og sygedagpengereform fra 2014) har således fokus på, at flere borgere skal inkluderes i arbejdsmarkedet, og hurtig tilbagevenden til beskæftigelse i forbindelse med sygdom. En af de faktorer, som har betydning, for om man får fodfæste i forhold til uddannelse og arbejde er sundhed – psykisk såvel som fysisk. Omvendt har tilknytning til uddannelse og beskæftigelse betydning for sundheden. Folk uden tilknytning til arbejdsmarked og uddannelse rammes i højere grad af ulighed i sundhed og hvis man bevarer sin arbejdsmarkedstilknytning under et sygdomsforløb kommer man sig typisk hurtigere efter sin sygdom.

Med sundhedsaftalen 2015-18 er det derfor et fælles mål, at borgere får og fastholder tilknytning til arbejdsmarkedet på trods af sygdom. Et særligt fokus i sundhedsaftalen er i denne forbindelse borgere med psykisk sygdom og borgere med kroniske sygdomme. Det skal ses i forhold til, at blandt borgere i alderen 25-64 år med en psykisk lidelse har 48% arbejde (mod 82% i resten af befolkningen). Blandt borgere i samme aldersgruppe med mindst en kronisk sygdom har 49% blandt de kortuddannede arbejde (mod 74% for mellemlang uddannelse og 80% for højtuddannede)<sup>1</sup>.

Det rejser spørgsmålet: *Hvordan kan sundhedsvæsenet bidrage til at flere fastholdes/får tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked? Og herunder, hvad er det for et samspil mellem arbejdsmarked og sundhed, som kan bidrage til, at målet realiseres?*

I det følgende beskrives kort centrale samarbejdsflader og indgange til samspillet mellem arbejdsmarked og sundhed samt spørgsmål til videre drøftelse og debat på området – i Sundhedsstyregruppen og klyngesamarbejdet omkring hospitalerne.

---

<sup>1</sup> Sundhedsprofilen for Region Midtjylland; Hvordan har du det? (2013)

## Fakta: Sygedage og produktionstab

---

*I den erhvervsaktive del af befolkningen giver især muskelskelet- og psykiske lidelse anledning til sygedage.*

*De fire hyppigste årsager til sygedage er lænderygmerter, nakkesmerter, migræne og gigt (artrose). Disse fire sygdomme er årligt årsag til 3,3-5,5 mio. sygedage. Angst og depression er årligt årsag til 1,6 – 1,9 mio. sygedage. Misbrug diabetes, hjertesygdom, apopleksi og brystkræft 450.000 -770.000 sygedage, mens skizofreni, astma, knogleskørhed, KOL og tyk- og endetarmskræft er årsag til 160.000-280.000 sygedage.*

*Det samlede produktionstab (dvs. omkostninger til fravær fra arbejdsmarkedet ved sygedage, førtidspensioner og tidlig død) forbundet med sygdom er størst i forbindelse med angst, skizofreni, lænderygmerter, misbrug og depression. Disse fem sygdomme er årligt årsag til omkostninger ved tabt produktion på 3.100-8.700 mio. kr.*

*Det er relevant både at have fokus på de borgere, der har de nævnte sygdomme, og have et forebyggende fokus på borgere, der er i risiko for at udvikle en af de nævnte sygdomme.*

*Kilde: Sundhedsstyrelsen (2015) "Sygdomsbyrden i Danmark". Det skal bemærkes, at data er fra før Fleks- og førtidspensionsreformen og Sygedagpengereformen.*

---

## Fakta: Arbejdsmarkedstilknytning og kontakt til hospitalspsykiatrien

---

*Tilknytning til arbejdsmarkedet er en væsentlig faktor i brugen af psykiatriske ydelser. En analyse fra 2013 viser således, at psykiatriske patienter generelt er mindre tilknyttet arbejdsmarkedet end øvrige befolkningsgrupper. Tre ud af ti psykiatriske patienter var dengang tilknyttet det ordinære arbejdsmarked mod otte ud af ti i befolkningen samlet set (18-64-årige).*

*Aktuelle tal fra Region Midtjylland viser, at blandt borgere i job har 1,1 % kontakt til det psykiatriske hospitalsvæsen (indlæggelser, skadestuebesøg og ambulans behandling) mens dette gælder for 9,4 % af borgere i alderen 18- 64 år, der modtager offentlig forsørgelse.*

*Kilde: KL, Ministerier for Sundhed og Forebyggelse (2013): Sammenhæng mellem udvalgte sundhedsydelser og arbejdsmarkedstilknytning samt opgørelse fra KL over 18-64-årige i kontakt med det psykiatriske hospitalsvæsen fordelt efter arbejdsmarkedsstatus i 2013-15.*

---

på arbejdsmarkedet, eller som er sygemeldte fra deres arbejde, vil i deres forløb typisk have kontakt til flere forskellige fagpersoner på tværs af hospitaler, kommuner og praksissektoren. Det kan fx være kontakt til:

Kommunale tilbud

**En  
borger –  
mange  
kontaktf  
lader**

Borgere i  
den  
erhvervs  
aktive  
alder,  
som  
enten  
ikke har  
fået  
fodfæste

- Jobcentrene medvirker til, at borgeren får eller fastholder sin tilknytning til arbejdsmarkedet/virksomheden. Som et led i indsatsen skal jobcentrene koordinere indsatser med fx arbejdspladsen, den praktiserende læge eller hospitalet. Jobcentrene skal også vurdere muligheden for, at sygemeldte kan vende tilbage til eller blive en del af arbejdsmarkedet.
- Sundhedstilbud med fokus på forebyggelse, genoptræning og rehabilitering
- Misbrugsbehandling
- Socialpsykiatriske tilbud

#### Praksissektoren

- Praktiserende læger udreder og iværksætter behandling eller henviser til udredning og behandling andetsteds. I forhold til sygedagpengemodtagere bidrager lægen også med vurderinger af blandt andet behovet for evt. fortsat sygemelding.
- Andre faggrupper med overenskomst med sygesikringen (psykolog, fysioterapeut, kiropraktor, speciallæger) kan varetage dele af udredningen og behandlingen.

#### Hospitaler

- Udreder, behandler og vurderer behov for genoptræning.

Dette understreger behovet for koordinering og samarbejde på tværs af fag og sektorer i de enkelte borgerforløb. Yderligere er der behov for et fælles sprog om borgerens situation og en fælles retning for borgeren på tværs af sektorer, med fokus på funktionsevne og betydningen af tilknytning til uddannelse og beskæftigelse.

### Mulige indsatsområder - hvor skal fokus rettes hen?

I det følgende beskrives en række indgange til et styrket samspil mellem arbejdsmarkedsindsatsen og sundhedsvæsenet:

- **Et fælles fokus på beskæftigelse**  
Beskæftigelse vil ofte være en vigtig del af det at have en meningsfuld tilværelse og det bliver derfor også et centralt element i det at komme sig efter sygdom at få eller vende tilbage til en hverdag med arbejde og aktiv deltagelse i samfundet. Lovgivning og reformer på Beskæftigelsesområdet lægger således også vægt på, at arbejdsmarkedsindsatsen hurtigt sættes i gang. Dette gælder også når en borger sygemeldes. I et sygedagpengeforløb skal kommunen fx gennemføre en opfølgningssamtale med borgeren hver 4. uge, første gang senest efter 8 ugers sygemelding, og efter 22 uger skal borgerens forløb genvurderes. Det betyder blandt andet, at udredning og behandling hos egen læge, speciallæge eller på hospital ofte foregår sideløbende med den arbejdsmarkedsrettede indsats i kommunen. Her er der behov for at få etableret et samarbejde på tværs, så man kan arbejde med cirkulære indsatser som understøtter og supplerer hinanden. Der er med andre ord behov for, at alle

parter omkring borgeren tænker øvrige indsatser omkring borgeren – herunder beskæftigelse - ind som en del af borgerens samlede forløb.

En udfordring kan her være, at medarbejdere på beskæftigelsesområdet og i sundhedsvæsenet har forskellig faglig baggrund og forskellig tilgang til beskæftigelse. De har også forskellige roller. Beskæftigelsesområdet har fokus på den enkeltes funktionsevne og på hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Sundhedsvæsenet har fokus på diagnostik, behandling, genoptræning og sundhedsfremme.

*Hvilken tilgang til beskæftigelse skal der i fællesskab være fokus på – er en sygdom eller diagnose en barriere for beskæftigelse? Er beskæftigelse en del af behandlingen?*

- **Udvikling af grænselandet mellem social støtte og specialiseret behandling**

En del af de borgere, der har svag tilknytningen til arbejdsmarkedet, har psykiske problemstillinger i forskellig grad. En udfordring er her at sikre de rette tilbud til den gruppe af borgere, der ikke kan få behandling i psykiatrien (en eventuel henvisning afvises), men som samtidig ikke i tilstrækkelig grad kan profitere af et almindeligt socialt tilbud i kommunalt regi eller indsatser i almen praksis. Det kan fx være unge, der mistrives, eller som har egentlige psykiske problemstillinger. I kommunalt regi er der sket en udbygning af tilbud som fx brug af psykologer til rådgivende og støttende samtaler, visse former for psykiatrisk udredning, kursusforløb i mestring, mindfulness o.lign. For nogle borgere er dette tilstrækkeligt, mens andre kan blive tabt, fordi de umiddelbart ikke passer ind i de eksisterende tilbud. Spørgsmålet er derfor, om der er brug for nye former for tilbud, hvor såvel psykiatrien, kommuner, almen praksis og andre aktører orienterer sig mod grænselandet mellem almindelig social støtte og specialiseret psykiatrisk behandling. Det kan være tilbud som sætter fokus på, hvordan job og uddannelsesperspektiv også bliver en mulighed for denne målgruppe.

*Er der borgere i klyngen, der ikke får de indsatser, som de har behov for? Hvem er de, og hvilke tilbud er der behov for fremadrettet?*

- **Samarbejde mellem læger og jobcentre**

Jobcentrets løbende opfølgning på en sygemeldt borger bygger blandt andet på den information, der kan fås fra sundhedsvæsenet. Sagsbehandlerne/jobkonsulenterne fremskaffer fx information om borgernes arbejdsevne ved at indhente statusattester – primært fra praktiserende læger – og journaloplysninger fra sygehusene. Lægeattester er et af de elementer som sagsbehandleren/jobkonsulenten bruger i vurderingen af borgerens funktionsevne. Hvis udfyldelsen af attesterne forsinkes eller indholdet ikke er fyldestgørende, kan det derfor påvirke fremdriften i borgerens forløb. Det er blandt andet væsentligt at lægeattesten forholder sig til borgerens funktionsevne. Anvendeligheden af lægernes attester afhænger dog også af kvaliteten af sagsbehandlerens anmodninger om attester. Fx om det er tydeligt i anmodningen, hvad lægen skal afklare. Kommunikationen mellem læger og

kommunale sagsbehandlere går således primært gennem attester.

*Hvordan fungerer samarbejdet mellem jobcentre og læger i jeres klynge? Er der mulighed for at forenkle og styrke muligheder for kommunikation og videndeling ud over den, der kan ske via attester?*

- **Ventetider i forhold til udredning, behandling og genoptræning**

Ventetid på udredning, behandling og genoptræning kan påvirke varigheden af en sygdomsperiode og mulighederne for at vende tilbage til uddannelse eller arbejde negativt. De nationale mål omfatter bl.a. mål for hurtig udredning og behandling. I de nationale mål indgår endvidere en indikator for ventetid til genoptræning..

- **Implementering af forløbsprogrammer**

I Region Midtjylland er der blandt andet udarbejdet tværsektorielle forløbsprogrammer for depression og lænderygsmærter dvs. to af de områder, der fylder mest i statistikken over sygefravær blandt den erhvervsaktive del af befolkningen. Begge forløbsprogrammer indeholder således i arbejdsmarkedsperspektiv. Forløbsprogrammerne beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats i et borgerforløb, og bygger på evidensbaserede anbefalinger for den faglige indsats.

*Hvad er status på implementeringen af forløbsprogrammerne om depression og lænderygsmærter? Hvad skal der til for at fremme implementeringen af programmerne?*

- **Integrerede og tværfaglige indsatser**

Integrerede indsatser indebærer et meget tæt samspil på tværs af fag- og sektorgrens til gavn for borgeren. Det kan både handle om indsatser, der går på tværs af de kommunale tilbud – fx arbejdsmarked, genoptræning og rehabilitering - og indsatser, der går på tværs af kommune, hospital og praksissektor.

*Hvilke andre initiativer er afprøvet hos jer? Er der initiativer, der har potentiale for spredning til de øvrige klynger og kommuner i regionen?*