

# Samarbejde om sundhedsindsatser for sygedagpengemodtagere



13. januar 2011

# Indhold

<b>1. Indledning.....</b>	<b>3</b>
KL's 6 gode råd.....	4
<b>2. Samarbejde mellem jobcenter og sundhedscenter – en oplagt mulighed.....</b>	<b>5</b>
2.1 Opgaven på beskæftigelsesområdet.....	5
2.2 Opgaven på sundhedsområdet .....	6
2.3 Det giver mening at samarbejde! .....	7
<b>3. Sådan kommer kommunen i gang .....</b>	<b>10</b>
3.1. Opstart – kom godt i gang.....	11
3.2. Planlægningsfasen .....	14
Afgrænsning af målgruppen.....	15
Formulering af mål.....	18
Hvilken indsats skal tilbydes?.....	20
Integreret model eller BUM-model?.....	24
It-understøttelse.....	25
Finansiering.....	25
3.3. Implementeringsfasen.....	26
Hvordan sikres en god visitation til tilbuddet?.....	26
Løbende ledelsesmæssigt fokus .....	27
Behov for justeringer? .....	37
3.4. Opfølgning .....	28
Eventuelle opfølgningsaktiviteter.....	29
<b>4. Nyttige informationer, links, mv.....</b>	<b>31</b>
<b>5. Litteraturliste.....</b>	<b>32</b>

# 1. Indledning

Formålet med denne publikation er at inspirere kommunerne til, hvordan de kan etablere et samarbejde mellem sundhedsafdeling og jobcenter om sygemeldte borgere. Kommunernes ansvar for både at give tilbud til syge borgere og bringe sygedagpengemodtagere tilbage til arbejdsmarkedet betyder, at der er en fælles interesse i at forbedre borgerens sundhed, såvel fysisk som mentalt.

For sundhedsafdelingen er målet at forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere og give borgerne redskaber til at håndtere sygdommen. Ellers er der risiko for, at sygdomsforløb udvikler sig. Det betyder sundhedsudgifter og store plejeudgifter for kommunerne på sigt – og medfører også begrænsninger i den enkeltes livskvalitet og udfoldelsesmuligheder.

For jobcentret er målet at yde økonomisk kompensation ved fravær på grund af sygdom samt at medvirke til, at den sygemeldte genvinder sin arbejdsevne og vender tilbage til arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt.

Derfor er det oplagt, at etablere et samarbejde mellem sundhedsafdelingen og jobcentret om en aktiv sygedagpengeindsats, hvor det sundhedsfaglige indhold leveres af kommunens sundhedsafdeling.

Publikationen henvender sig primært til sundhedschefer og beskæftigelseschefer, og andre med ansvar for at planlægge og udvikle indsatser på henholdsvis sundhedsområdet og beskæftigelsesområdet.

Publikationen beskriver indledningsvis nogle af de gevinster, der er ved at etablere et samarbejde, men også de barrierer som kan opstå, når to meget forskellige "verdener" mødes i form af det regelstyrede jobcenter og det mere løst regulerede forebyggelsesområde. Hovedindholdet i publikationen er en række praktiske anbefalinger til, hvordan kommunen skridt for skridt kan få skabt en fælles indsats.

Anbefalingerne tager udgangspunkt i en afdækning, som Rambøll har udført for KL. Afdækningen har bl.a. indeholdt en kortlægning af lidelser blandt sygedagpengemodtagere, et litteraturstudie om effektive sundhedsindsatser og deres organisering, casebesøg i fire kommuner, som har etableret indsatser samt afholdelse af en workshop.

De praktiske anbefalinger er overordnet samlet i disse gode råd:

## KL's 6 gode råd

1. Prioriter det ledelsesmæssige fokus på indsatsen gennem formulering af et fælles ledelsesgrundlag på tværs af beskæftigelsesafdeling og sundhedsafdeling.
2. Anerkend forskellighederne mellem jobcenter og sundhedscenter og skab kendskab til hinandens arbejdsbetingelser og rammer.
3. Formuler målbare mål, som både er relevante for beskæftigelsesafdelingen og sundhedsafdelingen.
4. Baser indsatsen på eksisterende evidens om bl.a. betydningen af flerstrengede indsatser med både beskæftigelsesfokus og sundhedsfokus.
5. Følg indsatsen tæt, da erfaringerne viser, at der er behov for ledelsesmæssigt fokus og dialog også efter samarbejdet er iværksat.
6. Prioriter at dokumentere effekterne af indsatsen, så der skabes ny viden om, hvilke indsatser, der med fordel kan iværksættes fremadrettet i kommunerne.

## **2. Samarbejde mellem jobcenter og sundhedscenter<sup>1</sup> – en oplagt mulighed**

Opgaverne på beskæftigelsesområdet og sundhedsområdet er defineret i den gældende lovgivning. Naturligvis er formålet med indsatsen meget forskellig, men som det vil fremgå af dette afsnit, så er der også et fælles interesseoverlap. Indledningsvis præsenteres opgaverne på de to områder.

### **2.1 Opgaven på beskæftigelsesområdet**

På sygedagpengeområdet har kommunen til opgave at yde økonomisk kompensation ved fravær på grund af sygdom samt at medvirke til, at den sygemeldte genvinder sin arbejdsevne og vender tilbage til arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt. Kommunen har endvidere en pligt til at understøtte samarbejdet med andre kommuner, virksomheder og andre relevante aktører for at nedbringe og forebygge sygefravær

I mødet med den sygemeldte har jobcentret en række redskaber til rådighed, som dels handler om opfølgningssamtaler og dels om aktive tilbud.

Jobcentret har en opfølgningsforpligtigelse, og der følger en række lovbestemte krav til hvordan og hvor ofte disse opfølgninger skal foregå. Den sygemeldte har pligt til at deltage, hvis vedkommende vil opretholde retten til sygedagpenge. Første samtale er personlig og skal holdes senest efter 8 ugers sygdom. Efterfølgende skal den sygemeldte til samtale hver 3. måned. Er personen meget syg eller er raskmelding nært forestående er der en række undtagelser. Er personen i stand til at genoptage arbejdet delvist eller modtage tilbud, skal der være kontakt mindst hver 4. uge.

Med henblik på at medvirke til at den sygemeldte genvinder sin arbejdsevne kan jobcentret give et såkaldt aktivt tilbud. Det kan f.eks. være virksomhedspraktik for at afdække arbejdsevnen, f.eks. på egen arbejdsplads, men det kan også være kursus i stresshåndtering, motionstilbud, psykologbistand eller andre tilbud, der kan understøtte, at den sygemeldte vender tilbage til arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt. Tilbuddet skal være rimeligt og den sygemeldte har pligt til at medvirke, såfremt vedkommende vil opretholde retten til sygedagpenge. Delvis genoptagelse af arbejdet går altid forud for andre former for tilbud.

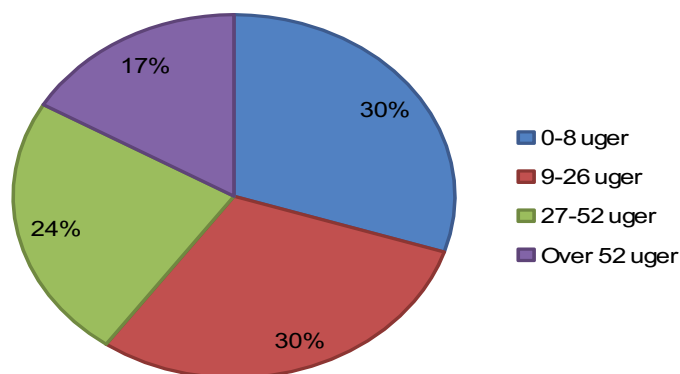
Kommunen har et økonomisk incitament til at iværksætte nogle tilbud frem for andre. Staten yder refusion på kommunernes udgifter til sygedagpenge og refusionsprocenten afhænger af, om den sygemeldte har genoptaget arbejdet delvist og/eller er i virksomhedspraktik (som udgangspunkt 10 timer om ugen). Er det tilfældet kan kommunen hente 50 pct. refusion på udgiften til sygedagpenge. Er den sygemeldte derimod passiv eller i andre former for tilbud, som f.eks. motionstilbud, og tilbuddet ikke er kombineret med delvist genoptagelse af arbejdet, så kan kommunen kun hente 30 pct. refusion på sygedagpengeydelsen.

---

1) Sundhedscenter anvendes for nemheds skyld som en betegnelse for den udførende del af kommunens sundhedsafdeling, selvom det ikke er alle kommuner, der har valgt at organisere sig med et sundhedscenter.

## Boks 1: Fakta om sygedagpengemodtagere

- I september 2010 var der ca. 82.700 fuldtidsmodtagere af sygedagpenge.
- I 2009 var der ca. 688.600 afsluttede sygedagpengeforløb. Heraf var ca. 77 % af de afsluttede forløb under 4 uger.
- I 2009 var kommunernes samlede nettodriftsudgifter til sygedagpenge ca. 7,7 mia. kr. svarende til ca. 17 % af de samlede overførselsudgifter på beskæftigelsesområdet. (Kilde: Regnskab 2009)
- Varigheden af de forløb, der var i gang den sidste dag i august 2010 fordeler sig som vist i figuren:



Kilde: [www.jobindsats.dk](http://www.jobindsats.dk)

Uanset om kommunen kan hente høj eller lav refusion, så er der samtidig et incitament til at få den sygemeldte fuldt arbejdsdygtig, idet kommunen ved begge refusionssatser medfinansierer en stor del af sygedagpengene.

Således har jobcentret et kraftigt incitament til at etablere en indsats der rykker den sygemeldte tættere på arbejdsmarkedet, og gerne i form af delvis genoptagelse af arbejdet.

## 2.2 Opgaven på sundhedsområdet

På forebyggelsesområdet har kommunen pligt til at skabe rammer for sund levevis og give sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver omfatter både en borgerrettet indsats, der skal forebygge sygdom og ulykker, og en patientrettet indsats, der skal forebygge at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse eller udskyde komplikationer. Kommunen har entydig ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, mens ansvaret for den patientrettede forebyggelse er et delt ansvar mellem kommuner og regioner.

Kommunernes ressourcer til området er begrænsede<sup>2</sup>. Kommunernes incitament til at iværksætte forebyggelse til trods for dette bygger bl.a. på antagelsen om, at kommunerne har en interesse i at forebygge at sygdom udvikler sig, da kommunerne medfinansierer borgernes behandling i det regionale sundhedsvæsen.

---

2) Kommunerne fik under ét 200 mio. kr. til den borgerrettede forebyggelse i forbindelse med Sundhedsloven og ingen midler til den patientrettede forebyggelse

Kommunerne er ikke forpligtet til bestemte indsatser, men regeringens folkesundhedsprogram, bemærkningerne til Sundhedslovens fremsættelse, vejledning fra Sundhedsstyrelsen samt KL's anbefalinger angiver retningen for arbejdet.

Det betyder, at de fleste kommuner udarbejder sundhedspolitikker med fokus på indsatser indenfor områderne kost, rygning, alkohol, motion, seksuel sundhed, mental sundhed og ulykker. Arbejdet med forebyggelsen har også et tværsektorielt fokus, som bl.a. betyder at sundhedsindsatserne skal tænkes sammen med beskæftigelsesindsatsen.

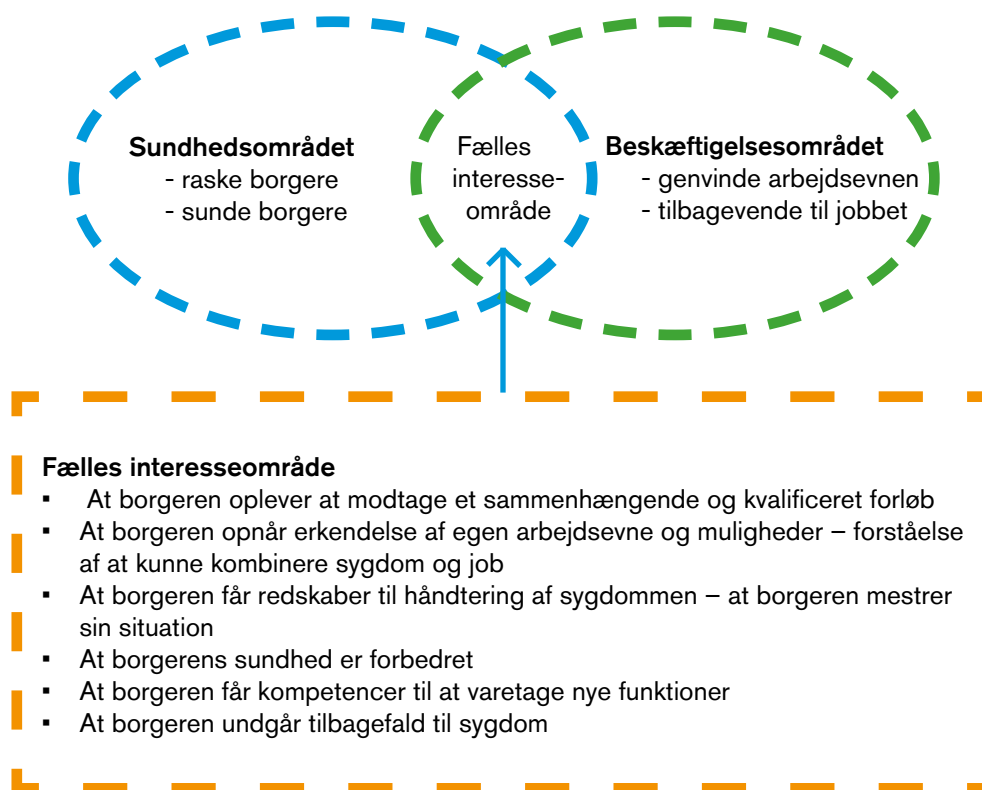
Sideløbende indgår kommunerne sundhedsaftaler med regionerne om den patientrettede forebyggelse. Som en udmøntning af bl.a. dette samarbejde tilbyder kommunerne patientuddannelse til borgere med udbredte folkesygdomme, såsom diabetes type 2, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdomme.

Samlet set betyder det, at der på kommunernes sundhedsområde både er kompetencer til og interesse i at samarbejde med beskæftigelsesområdet.

### 2.3 Det giver mening at samarbejde!

Der er et naturligt fælles interesseoverlap mellem målsætningerne i job - og sundhedscentret, idet målsætningerne om øget beskæftigelse og øget sundhed er tæt forbundne. Det fælles interesseområde er illustreret i nedenstående figur.

Figur 1: Interesseoverlap mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet



Før afdækningen foretog KL en undersøgelse som viser, at der i 2010 er 19 kommuner, der har etableret et samarbejde om sundhedsindsatser mellem sundhedsafdeling og jobcenter<sup>3</sup>. Erfaringerne fra hovedparten af kommunerne, som har etableret et konkret kommunalt samarbejde er, at der er en række "gevinster" forbundet med samarbejdet.

## **Boks 2: Økonomisk besparelse**

Århus Kommune har to sagsbehandlere fra jobcentret placeret på kommunens ortopædkirurgiske genoptræningscenter. Indsatsen er en tværfaglig, rehabiliterende indsats på tværs af kommunens sundheds- og beskæftigelsesopgaver. Sygedagpengeopfølgning og samtaler med sygemeldte borgere, som er henvist til genoptræning, klares på genoptræningscentret. Derved kan sagsbehandleren få en konkret vurdering af funktionsevnen, og fysioterapeuten kan målrette træningen mod tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Indsatsen betyder, at borgerne kan delvis raskmeldes i gennemsnit 37 dage tidligere end borgerne i en kontrolgruppe, og at kommunen kan indhøste en økonomisk besparelse.

Århus Kommune har altså kunnet beregne en økonomisk gevinst ved samarbejdet, men generelt er der endnu ikke indsamlet megen viden om, hvilke indsatser der virker. Det gælder både i forhold til at forkorte sygedagpengeperioden generelt, og i forhold til at få borgerne bragt nærmere en delvis raskmelding eller en virksomhedspraktik. Dermed adskiller sundhedsindsatser rettet mod sygedagpengemodtagere sig ikke fra indsatser på det øvrige forebyggelsesområde. Derfor er anbefalingen også på dette område, at kommunerne bør arbejde med at dokumentere effekterne af indsatserne, såvel sundhedsmæssigt som beskæftigelsesmæssigt, når de igangsættes.

Udover de formodede økonomiske gevinster, er det imidlertid casekommunernes vurdering, at borgeren oplever et mere sammenhængende tilbud, fordi der kan etableres et tæt samarbejde mellem medarbejderne i job - og sundhedscenter. Det gør det muligt at sammentænke de muligheder, der er i job - og sundhedscenterregi. Hermed er der også et effektiviseringspotentiale.

Det er yderligere kommunernes oplevelse, at en kommunal indsats understøtter, at job - og sundhedscentret kan samarbejde om overordnede målsætninger på tværs af job - og sundhedscenter, bl.a. i forhold til at skabe lighed i sundhed, som er et mål i mange kommunale sundhedspolitikker. Eksempelvis kan samarbejdet bevirke, at sundhedscentret får kontakt til borgere, som normalt er svære at nå i forhold til sundhedscentrets generelle sundhedsfremmende tilbud, eksempelvis svagere grupper, afhængigt af den afgrænsning, der vælges for indsatsens målgruppe.

Kommunerne er ved er ved kortlægningen blevet spurgt om henholdsvis gevinster og barrierer ved et samarbejde. I nedenstående boks fremgår de gevinster, som kommunerne har oplevet ved et samarbejde mellem job - og sundhedscenter.

---

3) Alle 98 kommuner blevet kontaktet pr. mail, og bedt om at indsende projektbeskrivelse på samarbejdsprojekter mellem sundhedsafdeling og jobcenter. 53 % af kommunerne svarede på henvendelsen.



### Boks 3: Mulige gevinster ved et samarbejde mellem job- og sundhedscenter

- Giver mulighed for at "slå to fluer med ét smæk" - at syge borgere både får 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 sundhedscentret
- Indsatserne kan være "en dør til ny målgruppe" for sundhedscentret
- Giver mulighed for en effektiv ressourceudnyttelse af kommunens samlede økonomi (pengene bliver i kommunen og indsatsen kan opfylde overordnede kommunale målsætninger)
- Samarbejdet bidrager til at udvikle kommunens indsats over for syge borgere bredt set.

### Boks 4: Mulige barrierer for et samarbejde mellem job - og sundhedscenter

- Der er ofte forskel på kulturen i job - og sundhedscenter – der er forskellige faggrupper, forskellig lovgivning, forskelligt sprog, begreber mv.
- Der er forskellige målsætninger i henholdsvis job - og sundhedscenter – jobcentret har primært fokus på, at borgeren skal tilbage til job og sundhedscentret har fokus på at forbedre borgerens helbredstilstand
- Nogle gange er borgerne ikke motiveret for tilbuddet, når de begynder – det stiller nye krav til medarbejderne i sundhedscentret
- Der kan opstå en diffus ansvarsfordeling – bl.a. i forhold til dokumentation
- It-systemerne taler ikke sammen

Udover at etablere egentlige samarbejdsprojekter, som er i fokus i denne publikation, så er det også relevant at prioritere samarbejdet mere generelt. Udviklingen på det kommunale sundhedsområde betyder, at der i stigende grad fokuseres på at skabe sammenhængende forløb for borgerne. Muskel-skeletsygdomme og kræft er fx to af de diagnoser, hvor der udvikles forløbsprogrammer, og hvor der vil være behov for et tæt samarbejde mellem bl.a. sundhedsafdeling og beskæftigelsesafdeling om de relevante borgere. Men allerede i dag har sundhedscentrene flere tilbud, som også kan være relevante at henvise sygedagpengemodtagere til - fx forløb for borgere med kronisk sygdom, f.eks. diabetes type 2, hjerte-kar-sygdom, mv.

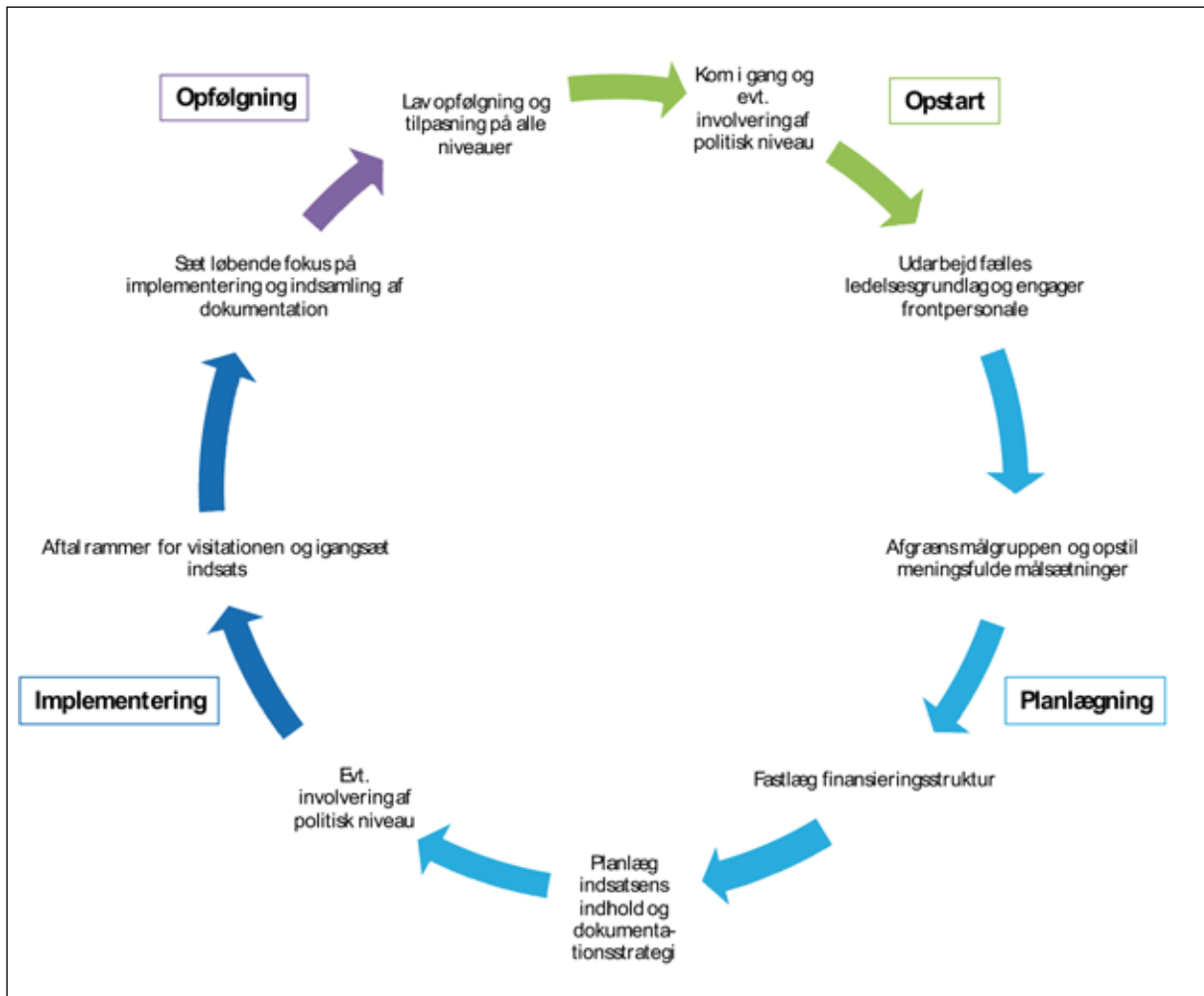
De følgende afsnit indeholder forslag til, hvordan en egentlig samarbejdsindsats kan organiseres, så mulighederne udnyttes bedst muligt og barriererne lettest overkommes.

### 3. Sådan kommer kommunen i gang

Proceshjulet nedenfor viser et forslag til faser, der er gode at gennemtænke for at sikre en så succesfuld indsats som muligt. I praksis vil flere af faserne sandsynligvis foregå sideløbende. Især kan der være forskel på, hvorfra initiativet til et samarbejde tages. Er det en politisk beslutning? En beslutning i direktørkredsen? Eller måske en idé, som er opstået "længere nede i systemet"?

Indholdet i de enkelte faser præsenteres i det efterfølgende.

Figur 2: Processen for etablering af en kommunal sundhedsindsats



### 3.1. Opstart – kom godt i gang

Opstartsfasen handler først og fremmest om at få skabt grundlaget for samarbejdet. Det er også vigtigt, at ledelsen og medarbejderne i job- og sundhedscenter møder hinanden og opnår en gensidig forståelse for, hvilke opgaver medarbejderne udfører og får kendskab til rammerne for hinandens arbejde.

I nedenstående boks præsenteres de aktiviteter, som det foreslås, at kommunen gennemfører i opstartsfasen.

#### Boks 5: Forslag til aktiviteter i projektets opstartsfase

Aktivitet	Emner
Etabler kontakt mellem ledelsen i job- og sundhedscenter	Tal om mulighederne for et samarbejde  (Aktiviteten er naturligvis ikke relevant, hvis indsatsen skal igangsættes pga. en politisk beslutning)
Udarbejd et fælles ledelsesgrundlag og et politisk grundlag	Udarbejd fælles ledelsesgrundlag mellem ledelsen i job- og sundhedscenter  Udarbejd et politisk grundlag for samarbejdet  Evt. involvering af det politiske niveau
Afhold møde med involvering af medarbejderne	Tal om hinandens arbejdsopgaver og rammerne for jeres arbejde med sygedagpengemodtagere  Forslag til emner, der kan sættes på dagsordenen - Hvilke opgaver har medarbejderne i henholdsvis et job- og sundhedscenter? - Hvilken lovgivning og hvilke krav er styrende for arbejdet i henholdsvis et job- og sundhedscenter? - Hvad skal der til for at sikre interesse for samarbejdet i henholdsvis job- og sundhedscenter?

Ledelsen fra såvel jobcenter som sundhedscenter spiller en vigtig rolle i opstartsfasen og i den løbende implementering af indsatsen, fordi den skal sikre rammerne for den fælles indsats, og at der bliver sat fokus på at prioritere implementeringen af samarbejdet i kommunen. Det anbefales derfor, at der formuleres et fælles ledelsesgrundlag for indsatsen. Ledelsesgrundlaget skal sikre ejerskab til indsatsen såvel på det politiske niveau som i ledelsen og blandt medarbejderne.

Der vil være forskel mellem kommunerne i forhold til, hvornår det politiske niveau involveres. I de tilfælde hvor idéen til indsatsen ikke kommer fra politisk side, vil nogle kommuner have behov for at involvere politikerne allerede før opstartsprocessen, mens andre vil have politisk involvering senere i forløbet. Atter andre kommuner vil have behov for at involvere politikerne flere gange i processen.

Medarbejderne i job - og sundhedscenter har en afgørende betydning, fordi det er dem, der har kontakten til borgeren, og det er dem, der i det daglige skal sikre, at samarbejdet gennemføres på en succesfuld måde. Det skal derfor prioriteres, at medarbejderne i job - og sundhedscenter får kendskab til og gensidig forståelse for hinandens arbejdsbetingelser og for de rammer, som lovgivningen sætter for arbejdet i henholdsvis job - og sundhedscenter.

Det er vigtigt, fordi der er tale om to forskellige kulturer, der skal mødes om et samarbejde. Job - og sundhedscentret er grundlæggende underlagt forskellige lovgivninger med forskellige krav og fokus. Eksempelvis har sygedagpengelovgivningen faste krav til tidspunkt og indhold i den opfølgning, som sagsbehandlerne skal foretage i sygedagpengesager. Den lovgivning, som sundhedscentret er underlagt, indeholder generelt set færre detaljerede krav til fastlagte procedurer og opfølgninger mv., da forebyggelsesområdet (som er styret af Sundhedsloven) er underlagt få "skal-opgaver", som er løst defineret.

### **Boks 6: Eksempler på oplevelsen af forskellige regelsæt, kulturer mv. i job - og sundhedscenter**

#### **Erfaringer fra Århus om oplevelsen af forskellige kulturer, udtalelse fra medarbejder i jobcenter:**

"Der har været mange fordomme fra begge personalegrupper. I starten brugte vi tid på at tale igennem, hvilke fordomme personalegrupperne havde over for hinanden. 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".

#### **Erfaringer fra Vordingborg om oplevelsen af forskellen mellem job - og sundhedscenter,**

udtalelse fra medarbejder fra jobcenter:

"I jobcentret stiller man skrappe krav til, hvad der skal til, for at borgeren står til rådighed, fordi det er fastlagt i lovgivningen. I sundhedscentret ser man mere på det hele menneske. Et eksempel er, at medarbejderne i sundhedscentret typisk vil argumentere for, at borgeren først skal have hjælp til at få struktur på hjemmefronten – fx hjælp til at få struktur på det at aflevere børn, købe ind mv., inden borgeren kan deltage i andre kommunale tilbud. I jobcentret vil sagsbehandleren typisk sige, at borgeren selv skal få styr på hjemmefronten, og at det er et krav, at der er styr på at få hentet børnene mv., for at borgeren kan stå til rådighed for arbejdsmarkedet".

#### **Erfaring fra Gladsaxe om at bruge forskellige sprog,**

udtalelse fra medarbejder fra træningsenheden:

"Det har været en udfordring med sproget, fordi man bruger forskellige begreber. Det er vigtigt at sikre, at man taler om det samme. Eksempelvis talte vi om fælles sprog, men i Sundhedscentret refererer "Fælles Sprog" til en bestemt kategorisering af borgerne, og jobcentret mente noget andet".

Samtidig anvendes der typisk forskellige begreber i job - og sundhedscenter, og det er derfor vigtigt, at medarbejderne får en gensidig forståelse af, hvad man hver især forstår med de begreber, der benyttes.

Erfaringen fra de deltagende kommuner er, at der er store gevinster forbundet med at investere ressourcer i en tværfaglig opkvalificering af medarbejderne i job - og sundhedscenter.

## **Boks 7: Eksempel på tværfaglig opkvalificering fra Århus Kommune, hvor en medarbejder fra jobcentret er udstationeret på kommunens ortopædkirurgiske genoptræningscenter**

### **Sådan oplever medarbejderne i genoptræningscentret den tværfaglige opkvalificering**

"Samarbejdet har givet mig en bevidsthed om, hvor vigtigt det er, at borgeren holder kontakten med arbejdspladsen under sygdomsperioden. Nu gør jeg mere ud af at tilrettelægge træningen, så borgeren samtidig kan holde kontakten til arbejdspladsen".

"Jeg oplever, at borgeren bliver mere motiveret for træningen, når der er et klart sigte for, hvordan træningen kan medvirke til tilbagevenden til arbejdsmarkedet".

"Den usikkerhed borgerne har i forhold til at vende tilbage til arbejdet, kan reduceres ved at lave en plan herfor. Det giver overskud til træningen, og dette er også til gavn for borgernes sundhed. For mig drejer indsatsen sig om, at borgeren skal have et bedre forløb, og her indgår det at vende tilbage til arbejdet".

### **Sådan oplever medarbejderne i jobcentret den tværfaglige opkvalificering**

"Vi har oplevet, at sagsbehandleren har fået en meget tættere opfølgning på den enkelte borger og har fået viden, der gør, at denne kan stille mere konkrete og relevante spørgsmål".

"Det er en styrke for sagsbehandlingen, at sagsbehandlerne kan få en vurdering af borgerens formåen direkte fra den sundhedsfaglige medarbejder, der har et godt fagligt kendskab til borgeren. Det er et godt supplement til borgerens egen vurdering af sin sundhedsmæssige tilstand".

Kommunernes erfaring er, at medarbejderne i sundhedscentret får ny viden om de muligheder, som beskæftigelseslovgivningen giver borgeren i forhold til at vende tilbage til arbejdet, eksempelvis praktikperioder, delvis raskmelding mv. Derved bliver sundhedscentrets medarbejdere mere bevidste om at indtænke borgerens beskæftigelsesmæssige muligheder i den sundhedsmæssige indsats, der tilbydes.

For jobcentrets medarbejdere betyder det tættere samarbejde med sundhedscentret, at de kan få en detaljeret og direkte tilbagemelding på borgerens sundhed, fordi medarbejderne i sundhedscentret følger borgeren løbende og derfor har detaljeret viden om borgerens sundhedstilstand. Vurderinger fra sundhedscentrets medarbejdere kan være et væsentligt supplement til de sundhedsmæssige oplysninger, som borgeren selv giver. Derudover kan sundhedscentret bidrage til en afdækning og vurdering af, hvordan borgerens sygdom kan håndteres, og hvilke forhold der skal tages hensyn til i en arbejdssituation. Denne viden er afgørende for borgerens beskæftigelsesperspektiv.

### 3.2. Planlægningsfasen

I planlægningsfasen er det afgørende at få en gensidig klar forståelse af indsatsens succeskriterier, hvem sundhedsindsatsen skal tilbydes til (målgruppen), hvordan samarbejdet skal organiseres, og hvad indsatsen skal indeholde. Når rammerne for indsatsen er udformet, kan dette præsenteres for det politiske niveau, for derved at sikre en politisk forankring og et politisk fokus på den kommunale indsats.

Nedenstående boks viser de aktiviteter, som anbefales gennemført i planlægningsfasen, og der foreslås en række spørgsmål, som kan danne udgangspunkt for drøftelsen mellem job - og sundhedscentret i planlægningsfasen.

#### Boks 8: Forslag til aktiviteter og drøftelser i projektets planlægningsfase

Aktivitet	Emner
Afgræns målgruppen for den fælles indsats og opstil målsætninger	<p>Aftal hvilken gruppe af sygedagpengemodtagere, der skal være målgruppen for den fælles indsats. Fastlæg målsætninger for indsatsen, som er meningsfulde for både job- og sundhedscenter.</p> <p><b>Forslag til emner, der kan sættes på dagsordenen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Skal målgruppen afgrænses med udgangspunkt i en specifik sygdomsgruppe</li><li>- Hvilke karakteristika ved målgruppen skal være det afgørende for afgrænsningen?</li><li>- Er der nogle borgere der ikke kan rummes i indsatsen?</li><li>- Hvad er den fælles målsætning for indsatsen?</li><li>- Hvilke delmålsætninger er særlige for henholdsvis job- og sundhedscenter?</li></ul>
Planlæg indholdet af den fælles indsats, herunder hvordan dokumentation og dataindsamlingsstrategi skal være	<p>Tal om hvilke(n) indsats(er) der skal planlægges og igangsættes overfor målgruppen. Fastlæg indikatorer for effektmåling.</p> <p>Afklar om der er behov for nye kompetencer til gennemførelse af indsatsen, eller kompetenceudvikling af medarbejderne.</p>
Fastlæg en organiserings- og finansieringsstruktur for samarbejdet	<p>Fastlæg den overordnede organisatoriske model for samarbejdet (integreret samarbejde eller BUM), afklar understøttelse af samarbejdet og aftal finanseringen af samarbejdet.</p> <p><b>Forslag til emner, der kan sættes på dagsordenen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan skal samarbejdet overordnet set organiseres (BUM eller integreret model)?</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilken finanseringsstruktur skal der være mellem job- og sundhedscenter</li> <li>- Hvordan skal samarbejdet IT-understøttes?</li> <li>- Skal der indlægges incitamentsstrukturer i afregningsmodellen?</li> <li>- Politisk stillingstagen til anvendelse af en evt. gevinst</li> </ul>
Sørg for, at indsatsen er forankret politisk	Få politisk godkendelse af den fælles indsats, herunder indsatsens formål, målgruppe, indhold, organisering, finansiering, opfølgning m.v.

### Afgrænsning af målgruppen

I planlægningsfasen er det naturligvis vigtigt at få drøftet og besluttet, hvilke(n) gruppe(r) sygedagpengemodtagere, der skal udgøre målgruppen for indsatsen. Flere kommuner har selv udarbejdet en kortlægning af, hvem sygedagpengemodtagerne i deres jobcenter, er.

Her gives først et overblik over, hvad der på landsplan karakteriserer gruppen af sygedagpengemodtagere. Den overordnede fordeling af sygdomme blandt sygedagpengemodtagere ser således ud:

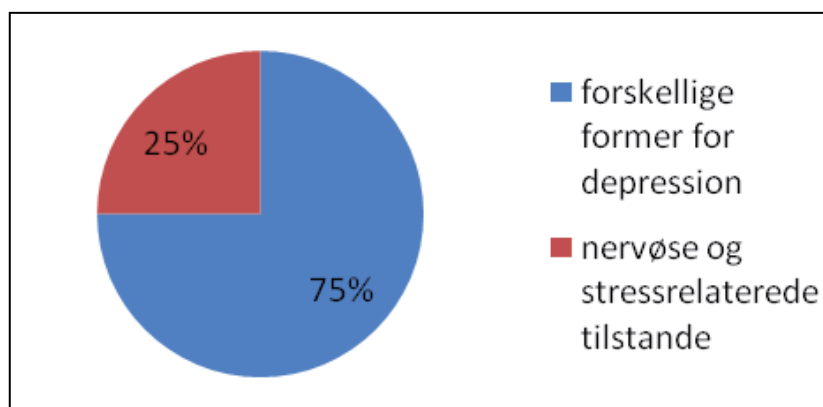
Ca. 1/3 af sygedagpengemodtagerne har psykiske lidelser

Ca. 1/3 af sygedagpengemodtagerne har muskel-skeletsygdom

Ca. 1/3 af sygedagpengemodtagerne har andre lidelser eller kan ikke kategoriseres.

Sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser har typisk diagnoser som stress, angst og lettere depression<sup>4</sup>. Den overordnede fordeling af lidelser i denne gruppen fremgår af nedenstående figur.

**Figur 3: Fordelingen af lidelser blandt sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser**

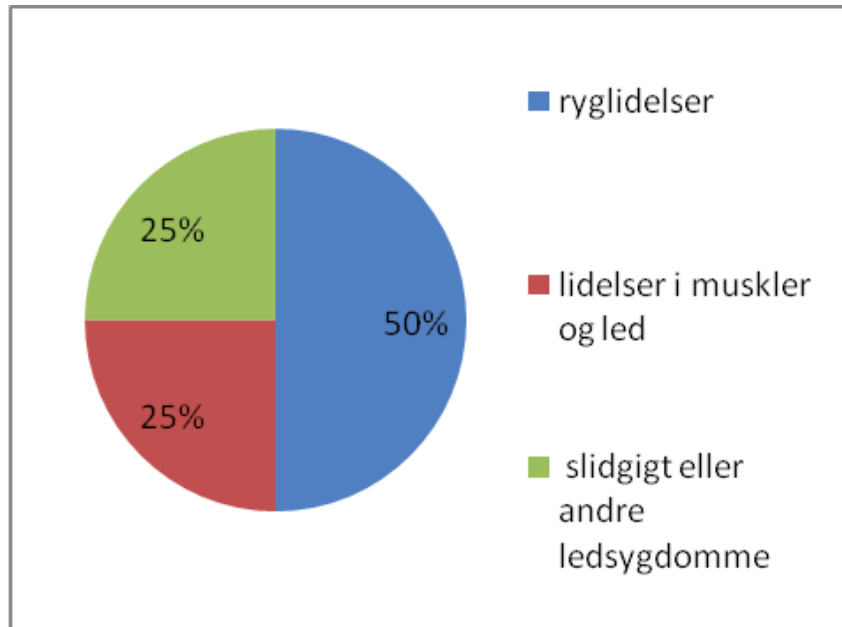


Kilde: SFI 2008: 146

4) Kilde: Beskæftigelsesregionerne 2008: 17-23

Sygedagpengemodtagere med muskel-skeletsygdom har typisk nakke-, skulder- og rygproblemer<sup>5</sup>. Den overordnede fordeling af lidelserne i denne gruppe fremgår af nedenstående figur.

**Figur 4: Fordelingen af lidelser blandt sygedagpengemodtagere med muskel-skeletsygdom**



Kilde: SFI 2008: 146

Sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser er en mere kompliceret gruppe at definere, idet det typisk er svært at stille en diagnose hos denne gruppe. Diffuse lidelser er endvidere ofte sammensat af flere lidelser, og viden fra den videnskabelige litteratur peger på, at der for nogle diffuse lidelser findes en betydelig samtidig forekomst af angst og lettere depression<sup>6</sup>. Generelt er der flest kvinder i denne lidelsesgruppe<sup>7</sup>.

Der er væsentlige karakteristiske forskelle på sygedagpengemodtagere, som har muskel-skeletsygdomme i forhold til dem, som har psykiske lidelser. Disse forskelle er opsummeret i boks 9.

Sygedagpengemodtagere med muskel-skeletsygdomme har ofte lange sygdomsperioder, hvilket indebærer en lang og omkostningsfuld sagsbehandling og udgifter til en lang sygedagpengeperiode for den enkelte kommune. Derfor er en indsats over for denne gruppe særdeles vigtig i et økonomisk perspektiv for kommunen.

Sygemeldte med lettere psykiske lidelser er forholdsvis unge borgere, der repræsenterer en vigtig del af samfundets fremtidige arbejdskraft, hvorfor det også er vigtigt for kommunen at hjælpe denne gruppe til at blive raskmeldte og komme tilbage til arbejde. I begge tilfælde er der således tale om grupper, som er meget dyre borgere set i et samfundsøkonomisk perspektiv.

5) Kilde: Beskæftigelsesregionerne 2008: 17

6) Kilde: NFA 2010: 87

7) Kilde: AMS 2009: 4



## Boks 9: Sygedagpengemodtagere med muskel-skeletsygdom og psykiske lidelser

### Sygedagpengemodtagere med muskel-skeletsygdom

- er typisk karakteriseret ved at være mænd (<50 år)
- har ofte kortere uddannelse (50 % af sygedagpengemodtagere i denne uddannelsesgruppe har muskel-skelet-sygdomme)
- har lange sygdomsperioder
- personer med ikke-vestlig baggrund har oftere muskel-skelet-sygdomme eller læsioner (51 %) end personer med dansk baggrund (38 %)
- privatansatte har flere muskel-skelet-sygdomme (43 %) end offentligt ansatte (33 %)
- oftest inden for brancher med hårdt og nedslidende fysisk arbejde såsom transportsektoren, industrien, bygge og anlæg samt rengøringsbranchen

Kilde: Beskæftigelsesregionerne 2008; Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010; SFI 2008

### Sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser

- er typisk karakteriseret ved at være kvinder (<30 år)
- har ofte mellemlang uddannelse (52 % af sygedagpengemodtagere i denne uddannelsesgruppe har psykisk lidelse)
- sygemeldte personer med psykiske diagnoser som stress og angst har større chancer for at komme tilbage i arbejde end andre sygedagpengemodtagere – har således relativt korte sygdomsperioder
- offentligt ansatte (42 %) har i højere grad psykiske lidelser end privatansatte (30 %)
- sygedagpengemodtagere med psykiske lidelser kommer især fra brancher som undervisning, sociale institutioner og finansiering (ofte socialrådgivere, folkeskolelærere, pædagoger, sygeplejersker og plejepersonale)

Kilde: Beskæftigelsesregionerne 2008; Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010; SFI 2008

Det generelle billede af sygedagpengemodtagere i Danmark er et godt pejlemærke, som kommunen kan gøre brug af i sin afgrænsning af målgruppen. Har kommunen selv udarbejdet undersøgelse med lokale tal, som er relevante at tage udgangspunkt i, er det selvfølgelig det optimale. Afgrænsningen af den konkrete målgruppe vil afhænge af, hvilke udfordringer kommunen vil løse med indsatsen, og hvilke andre tilbud kommunen i forvejen har. Er det en specifik sygdomsgruppe, man vil have fokus på, eller en gruppe af borgere, hvor man er i tvivl om, hvad der skal og kan iværksættes – fx langtidssygemeldte? Dette er eksempler på spørgsmål, som kommunen må besvare for at afgrænse den konkrete målgruppe.

Målgruppen kan fx indsnævres til kun at inkludere borgere med mere specifikke lidelser. Endvidere kan det være relevant at overveje, hvilke andre krav der skal stilles til målgruppen. Fx om de deltagende borgere skal være i stand til at indgå i en social proces, om borgere med et misbrugsproblem kan inkluderes i målgruppen, etc.

Målgruppens afgrænsning skal dog samtidig ikke være så ufleksibel og fastlagt fra start, at der ikke er plads til at lave tilpasninger undervejs i forløbet.

## **Boks 10: Eksempler på afgrænsning af målgruppen for indsats**

### **Diagnosespecifik afgrænsning af målgruppen**

Denne afgrænsning er anvendt i Århus. Her er målgruppen for sundhedsindsatsen personer, der har fået en ortopædkirurgisk operation, og som er på sygedagpenge. Der er således tale om en meget diagnosespecifik gruppe.

### **Indledende screening af målgruppen på udvalgte parametre**

Afgrænsningen kan eksempelvis ske ved en frasortering af de meget behandlingskrævende borgere

### **Afgrænsning på baggrund af faktorer der har betydning for, at borgeren kan deltage i den indsats, som tilbydes**

Afgrænsningen kan eksempelvis være, at borgeren kan deltage i et gruppeforløb eller at borgeren ikke er direkte behandlingskrævende. Denne afgrænsning er anvendt i Vordingborg: Her er målgruppen bl.a. afgrænset ved, at borgere skal kunne deltage i sociale sammenhænge, og at det er borgere, der er i stand til at gå ture.

For sundhedscentret er det vigtigt at være opmærksom på, at sygedagpengemodtagere typisk vil være i et sideløbende udrednings- eller behandlingsforløb. Dette er relevant at have fokus på, når den kommunale indsats planlægges, så sundhedsindsatsen sker i sammenhæng med den indsats, som borgeren modtager fra andre offentlige instanser. I forlængelse heraf er det vigtigt, at kommunen afklarer grænserne til reelle behandlingstilbud, såfremt indsatsen skal gives inden for beskæftigelseslovens rammer.

### **Formulering af mål**

Som nævnt indledningsvis, så er der forskellige overordnede mål for indsatsen i jobcenter og sundhedscenter. Det er en god idé også at formulere mere konkrete mål for indsatsen. Da de overordnede mål både knytter sig til beskæftigelse og sundhed er der også behov for at måle effekten både i forhold til borgerens beskæftigelsessituation og sundhedstilstand, og da der er tale om et samarbejde kan der også være behov for at opstille nogle organisatoriske mål.

## Boks 11: Eksempler på mål for indsatsen

### Århus Kommune

- Identificere og afkorte sygedagpengeforløb i forhold til sammenlignelige sygedagpengeforløb uden projektindsats
- Give den sygemeldte borger, der går til genoptræning, et rehabiliteringstilbud, som fremmer den enkelte borgers mulighed for at opnå så god en funktions- og arbejdsevne som mulig efter sygdomsforløb eller på trods af sygdom

### Gladsaxe Kommune

- Støtte borgerne til hurtig rehabilitering og afkorte sygdomsforløbet
- Styrke samarbejdet mellem den sundhedsrettede og den arbejdsmarkedsrettede indsats

For at dokumentere effekten af indsatsen anbefales det derfor at opstille nogle succeskriterier, og fastsætte indikatorer for, hvordan man vil måle om indsatsen har haft en effekt.

Succeskriterierne vil naturligvis afhænge af de opstillede mål, og kan både knytte sig til mål om borgerens forløb (fx "at borgeren får redskaber og metoder til at holde sig fysisk aktiv") og fx til mål af mere organisatorisk karakter ("at der udvikles en metode til at samarbejde om borgeren"). Succeskriterierne vil typisk angive et mål for, hvornår den ønskede effekt er opnået i forhold til beskæftigelse (fx "50 % af borgerne er enten raskmeldte eller delvis raskmeldte") og sundhed (fx "90 % oplever et bedre selv vurderet helbred").

Det anbefales, at der udarbejdes en dataindsamlingsstrategi for, hvordan de relevante oplysninger til dokumentation af effekten fremskaffes, og hvem der indsamler oplysningerne i henholdsvis job - og sundhedscenter. Det er en god idé så vidt muligt at anvende data i dokumentationen, som kommunen allerede indsamler i såvel job – som sundhedscenter. Dermed bliver opgaven overkommelig.

Dokumentationen spiller en væsentlig rolle, hvis indsatsen skal videreføres fra en projektperiode til en driftsperiode, fordi det her bliver afgørende at kunne vise, hvad man har gjort, og hvilken effekt indsatsen har haft.

## Boks 12: Eksempler på oplevelsen af forskellige målsætninger i job - og sundhedscenter

### Erfaringer fra Gladsaxe, udtalelse fra medarbejder i jobcenter:

"Fysioterapeuter vil typisk gerne træne borgeren til det bedst mulige niveau. For jobcentret er målsætningen oftest, at borgeren skal trænes op til at kunne komme tilbage i beskæftigelse".

"I jobcenterregi er der ikke "frit valg" på alle hylder for borgeren, fordi der er nogle regler i lovgivningen, der skal følges, og fordi det handler om at få borgeren tilbage i beskæftigelse. Borgeren er derfor inden for nogle fastlagte rammer. I sundhedscentret er medarbejderne i højere grad vant til at kunne tilbyde borgeren forskellige valgmuligheder".

### Erfaring fra Nordfyns Kommune, udtalelse fra ansat på ledelsesniveau på sundhedsområdet:

Det kan virke demotiverende for sundhedsmedarbejdere, hvis man skal stoppe behandling, pga. at borgeren skal i arbejde, inden den bedste effekt er opnået".

**Erfaringer fra Vordingborg**, udtalelse fra ansat på ledelsesniveau i jobcenter:

”Det er vigtigt at man på ledelsesniveau får talt igennem, hvad formålet med indsatsen er. Jobcentret vurderer ofte en indsats ud fra resultaterne i forhold til beskæftigelse, mens sundhedscentret fokuserer mere på den sundhedsmæssige indsats”.

## Hvilken indsats skal tilbydes?

Et godt udgangspunkt er at basere indsatsens indhold på den eksisterende evidens, der er i forhold til den konkrete målgruppe. Derudover kan kommunen vælge at tage udgangspunkt i sundhedsindsatser, hvor sundhedscentret allerede har opnået gode resultater i forhold til andre målgrupper eller generelle tiltag.

Det følgende afsnit baserer sig på en kortlægning af centrale videnskabelige rapporter om effektive indsatser over for de hyppigst forekommende lidelser blandt sygedagpengemodtagere. Disse eksempler kan kommunen benytte som inspiration i tilrettelæggelsen af indsatser over for sygedagpengemodtagere. Det skal understreges, at der potentielt kan være god effekt af mange andre indsatser. Således er der flere indsatser, som er effektive i forhold til at forbedre helbredet hos sygedagpengemodtagere, men hvor der endnu ikke eksisterer viden om, hvorvidt indsatsen virker i forhold til få borgeren i beskæftigelse.

Også derfor er det vigtigt at få dokumenteret effekterne af en given kommunal sundhedsindsats. Dette for på sigt at få skabt viden om effektive indsatser (både relateret til helbred og arbejdsevne) i kommunalt regi.

På tværs af målgrupper er det først og fremmest vigtigt, at kommunen laver flerstrengede indsatser, der både har fokus på at inddrage et beskæftigelsesfokus og et sundhedsfokus. Der er evidens for, at denne type indsatser har en positiv effekt på borgernes sygefravær<sup>8</sup>.

### **Boks 13: Eksempler på indsatser på arbejdspladsen, der har positiv effekt i forhold til at få sygemeldte tilbage på arbejdspladsen**

Deltagerorienteret ergonomisk intervention: ”Deltagerorienteret team” med relevante deltagere, såsom medarbejdere, ledelsen og andre rådgivere (fx vedr. arbejdsmiljøet), der har til hensigt at identificere, hvilke forhindringer og muligheder, medarbejderen har på sin arbejdsplads. Indsatsen inkluderer ergonomisk træning og baseres på tanken om, at det delte ansvar medvirker til øget oplevelse af medbestemmelse, positiv oplevelse af smerter og work role functioning, som alle har en sammenhæng med sygefravær (NFA 2008: 96).

Programmer hvor ledelsen, medarbejderen, sundhedsfaglige samt sagsbehandlere i samarbejde koordinerer indsatsen over for den sygemeldte medarbejder. Evidensen herfor vurderes som ”stærk” (NFA 2008: 95).

8) Kilde: NFA 2008 og 2010

Andre succesfulde interventioner (NFA 2008: 31, 96):

- Lettet arbejdsbyrde
- Tidlig kontakt til arbejdspladsen og samtidig tilstedeværelse af koordinatore for borgeren
- Kontakt mellem social/sundhedssektor og arbejdspladsen
- Mindre timetal, som der er evidens for kan lette tilbagevenden til arbejdet
- Indsatser bestående af flere forskellige tiltag har sandsynligvis større effekt end enkeltstående indsatser.

For borgere med muskel-skeletsygdomme (primært rygsmærter) er det vigtigt at have fokus på arbejdsmiljøet i form af tilpasning af arbejdet til den sygemeldtes behov<sup>9</sup>. Se nedenstående boks.

#### **Boks 14: Effektive sundhedsindsatser over for muskel-skeletsygdom**

##### *Patientuddannelse*

Der er påviste positive effekter af individuel patientuddannelse inden for lændesmerter på forskellige helbreds- og arbejdsrelaterede mål (Engers et al, 2008). Patientuddannelse kan bestå af forskellige indholdsmæssige aspekter af lændesmerter inklusivt fokus på viden om betydningen af at holde sig aktiv, undervisning i mestringsstrategier (dvs. strategier til, hvordan man håndterer bestemte situationer eller omstændigheder, som påvirker én) mv. (Engers et al, 2008). For personer med uspecifikke lænderygsmærter er der stærk evidens for, at det er effektivt at supplere den almindelige behandling ("usual care") med en individuel undervisningssession på mindst to timers varighed i forhold til at vende tilbage til arbejde. Mindre intensive undervisningssessioner (af mindre varighed) synes derimod ikke at være effektive (Engers et al, 2008).

##### *Fysioterapeutisk indsats*

Der er påvist effekt (moderat evidens) af at supplere almindelig behandling med øvelsesterapi over for personer med uspecifikke lændesmerter. Det har positiv effekt på længden af sygefravær at gennemføre et graderet (indeholdende gradvist øget aktivitet) øvelsesterapiprogram. Et eksempel fra reviewet var et individuelt designet program, med udgangspunkt i deltagerens funktionsniveau, hvori der bl.a. indgik stræk- og styrkeøvelser (Lindstrøm 1992, i Hayden et al., 2005).

Der er endvidere moderat evidens for, at fysiske øvelser som en del af en indsats efter en behandlingsindsats kan reducere forekomsten af nye episoder af lændesmerter hos folk behandlet for lændesmerter (Choi et al., 2010).

Der er også påvist positive effekter af indsatser gennemført af fysioterapeuter over for personer med skuldersmerter. Dette både på kortere og længere sigt. Eksempelvis kan et superviseret fysisk øvelsesprogram forbedre funktionen hos og øge helbredelse af personer med skuldersmerter (Green et al., 2003).

---

9) Den videnskabelige litteratur vedrørende muskel-skeletsygdom omhandler primært rygsmærter, mens litteratur vedrørende sygefravær og arbejdsfastholdelse inden for andre diagnosekategorier er mere begrænset. Kilde: NFA 2008

### *Rygskoler*

Rygskoler er strukturerede uddannelses- og færdighedsprogrammer, som har til formål at nedsætte de deltagendes (lænde)rygmerter samt at forbedre deres funktion. Der er påvist positive effekter af rygskoler på smertelindring. Endvidere er der påvist effekt af rygskoler som gennemføres i en arbejdsrelateret kontekst på både smertelindring, forbedret funktion og tilbagevenden til arbejdsmarkedet for personer med lændesmerter (Heymans et al, 2004).

### *Massage*

Der er påvist positive effekter af massage som indsats i forhold til at reducere smerter og forbedre funktionen hos personer med lændesmerter. Endvidere finder man, at massage sandsynligvis giver større effekt, når det er kombineret med øvelser (typisk strækøvelser) og patientuddannelse (Furlan et al., 2008).

For borgere med psykiske lidelser (primært lettere depression og angst) er det vigtigt med en kombineret personrettet sundhedsmæssig og arbejdsmæssig indsats. Endvidere er det vigtigt med fokus på samarbejde og koordination omkring den enkelte person. Det er samtidig vigtigt at være opmærksom på, at raskmelding forstået som symptomlettelse ikke i sig selv er ensbetydende med, at borgeren er fuldt arbejdsdygtig.

## **Boks 15: Effektive sundhedsindsatser over for psykiske lidelser**

### *Motion/fysisk aktivitet*

Der er påvist positiv effekt af motionsindsatser over for personer med depression. Et review fandt, at motion forbedrede symptomer på depression, men det er uvist, hvor effektiv motion er, og hvilken type fysisk aktivitet, der er bedst at udføre. De inkluderede studier varierer endvidere i forhold til, om der fx er tale om indendørs- eller udendørs aktivitet, deres varighed (10 dage til 16 uger) og hvilken form for aktivitet der er tale om (Mead et al., 2009). Det antydes endvidere i reviewet, at personers fysiske aktivitet skal fastholdes på længere sigt for at effekten er vedvarende (Mead et al., 2004).

### *Afslapningsteknik*

Afslapningsteknikker er simple psykologiske behandlingsteknikker, som kan anvendes efter kort træning. Der er påvist positiv effekt af afslapningstræning i forhold til ingen eller anden minimal indsats, men det er ikke lige så effektivt som reelle behandlinger såsom psykologisk terapi eller kognitiv adfærdsterapi (Jorm et al., 2008).

### *Musikterapi*

Et review konkluderer, at musikterapi er accepteret af folk med depression og associeret med forbedringer i humør. Det er dog ikke tilstrækkeligt til at konkludere omkring effektiviteten af musikterapi. Der fremgår følgende beskrivelse af reviewet: "Music therapy has been defined as 'an interpersonal process in which the therapist uses music and all of its facets to help patients to improve, restore or maintain health'" (Maratos et al., 2008).

### *Mindfulness*

Der er Cochrane Reviews på vej inden for effekten af mindfulness-interventioner over for depression (Hunot et al, 2010), men der foreligger endnu ikke et færdigt review på dette område.

### *Meditation/mindefulness*

Effekten af meditation som indsats over for angsttilstande er endnu ikke påvist. Det konkluderes, at der er behov for flere studier på området for at vide mere om effekten af denne type indsats, som ellers ofte anvendes over for angsttilstande (Krisanaprakornkit et al., 2006).

Man skal derfor være opmærksom på de særlige behov for tilpasning, som disse borgere har, når de vender tilbage til arbejdspladsen<sup>10</sup>.

For borgere med diffuse lidelser er der positive erfaringer med at tilbyde en indsats, hvor der både involveres en læge, og samtidig tilbydes en psykologisk, social og/eller arbejdsorienteret indsats (dog er den eksisterende viden på dette område mangelfuld)<sup>11</sup>.

## **Boks 16: Effektive sundhedsindsatser over for personer med diffuse lidelser**

### *Motion*

Der er stærk evidens for, at superviseret aerobisk træning (såsom step og gang) har positive effekter på fysisk velvære og fibromyalgiske symptomer, såsom reduceret smerte. Styrketræning har endvidere illustreret positiv effekt på fibromyalgiske symptomer (Busch et al. 2007). I de inkluderede studier i reviewet gennemførtes den aerobiske træning mindst 20 minutter per dag (eller to gange per dag i mindst 10 minutter), 2 til 3 dage om ugen. Styrketræning blev gennemført 2 til 3 gange om ugen med mindst 8 til 12 gentagelser per øvelse. Øvelsesprogrammerne varede mellem 2½ og 24 uger (Busch et al. 2007).

Det er væsentligt at overveje om sundhedscentrets medarbejdere har de nødvendige kompetencer til at udføre indsatsen, eller om der er behov for opkvalificering. Udover de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer, kan medarbejderne have behov for andre kompetencer for at opnå et godt resultat i forhold til målgruppen. Fx i forhold til, hvordan en knap så motiveret målgruppe bedst håndteres, eksempelvis gennem opkvalificering i at afholde motiverende samtaler mv.

---

10) Hvad angår psykiske lidelser er der primært videnskabelig dokumentation for indsatser over for lidelser såsom lettere depression og angst. Kilde: NFA 2010

11) Kilde: Karjalainen et al. 2008

Den tidsmæssige periode, hvor en indsats skal tilbydes, skal ligeledes afklares. Den passende tidsperiode vil typisk afhænge af målgruppen. Løbende optag og igangsættelse af hold er ofte en nødvendighed set fra jobcentrets synspunkt, så man undgår ventetid over for sygedagpengemodtageren. Dette kan være en udfordring for sundhedscentrets organisation, som imidlertid er nødvendig at imødekomme, hvis samarbejdet skal være optimalt set fra et jobcentersynspunkt. Det er derfor væsentligt at lave en model for, hvordan begge hensyn kan mødes. En model kan eksempelvis være, at indsatsen tilrettelægges i moduler, så der løbende kan optages nye borgere på holdene.

### **Boks 17: Eksempler på oplevelsen af arbejdet med motivation**

#### **Erfaringer fra Vordingborg, udtalelse fra medarbejder i sundhedscenter:**

“Vi får mange borgere, der i starten ikke ønsker at deltage, men som efter en kort periode bliver meget tilfredse med tilbuddet, og som efterfølgende giver udtryk for, at det har haft stor betydning for dem at deltage i tilbuddet”.

“Det er vigtigt at huske ”de gode historier”. Erfaringerne med de borgere, som tager tilbuddet til sig på trods af modstand fra start. Og det sker heldigvis hele tiden. Den slags historier er der næsten hver uge, og det bærer meget incitamentet hos sundheds-medarbejderne”.

#### **Erfaring fra Gladsaxe, udtalelse fra medarbejder i træningsenheden:**

“Stort set alle borgerne er skeptiske i starten. Det, at de er tvunget til at møde op, skaber demotivering”.

### **Integreret model eller BUM-model?**

Overordnet set kan indsatsen organiseres som en integreret samarbejdsmodel mellem job- og sundhedscenter eller som en BUM-model. Der er fordele og ulemper ved begge modeller. Overordnet set har den integrerede samarbejdsmodel den styrke, at den lægger op til tæt koordination og tværfagligt samarbejde mellem de involverede centre/forvaltningen. Samtidig giver BUM-modellen mulighed for at udstikke nogle klare rammer for samarbejdet.

### **Boks 18: Eksempler på kommuner, der har anvendt en integreret model og en BUM-model for samarbejdet**

#### **Århus Kommune anvender en integreret samarbejdsmodel, hvor en sagsbehandler fra jobcentret er udstationeret på ortopædkirurgisk genoptræningscenter**

En medarbejders oplevelse af modellen: “Fordelen er, at vi sidder sammen i hverdagen og lærer hinandens fagområder at kende. Det har givet mig kendskab til et større antal handlemuligheder og dermed kan jeg give borgeren en bedre hjælp”.

#### **Vordingborg kommune anvender en BUM-model, hvor jobcentret køber et bestemt antal forløb årligt**

En medarbejders oplevelse af modellen: ”BUM-modellen gør det enkelt og sikrer nogle rammer for samarbejdet. Jeg synes, det har fungeret godt”.



Det væsentligste er at være opmærksom på styrkerne og svaghederne ved den model, der vælges, så det er muligt at kompensere for svaghederne gennem tilrettelæggelsen af samarbejdet omkring indsatsen.

### **It-understøttelse**

I de fleste kommuner anvendes der forskellige it-understøttelse i henholdsvis job- og sundhedscenter. Det er derfor en god idé at overveje, hvordan de nødvendige oplysninger kan udveksles mellem medarbejderne i de to enheder.

Nogle af de deltagende kommuner har løst denne udfordring ved at give medarbejderne i sundhedscentret mulighed for at skrive visse oplysninger om borgeren i jobcentrets it-system, og andre kommuner har valgt andre måder for udveksling af oplysninger end de eksisterende it-systemer.

### **Boks 19: Eksempel på håndtering af en udfordring i forhold til it-understøttelse**

#### **Erfaring fra Gladsaxe, medarbejder fra jobcentret:**

“Vi har fået en detaljeret opfølgning i forhold til den enkelte borger, fordi medarbejderne i træningscentret skriver direkte i Profile Borgersag, som er et fælles dokument i den elektroniske borgersag. Det har krævet lidt arbejde at etablere adgangen til samme it-system, men nu kan jobcentret følge borgeren mere nøje”.

### **Finansiering**

Finansieringen af indsatsen vil ofte være et spørgsmål, som rejser sig naturligt, når to enheder i kommunen igangsætter et samarbejde. Indledningsvist er det en god idé at klarlægge, hvad prisen reelt er for indsatsen. Sundhedscentret vil have udgifter forbundet med indsatsen, som skal indregnes. Derudover vil der normalt også være et tidsforbrug til dokumentation af effekt og koordination af samarbejdet, som skal indregnes for at få det reelle billede af indsatsens ressourceforbrug. Ligesom eventuel involvering af jobkonsulenter i jobcentret skal medregnes.

Flere af de medvirkende kommuner har haft den erfaring, at der ofte også vil være etableringsomkostninger indledningsvist, særligt i sundhedscentret, som ofte skal iværksætte et nyt tilbud, men også ofte i jobcentret, hvor udvalgte medarbejdere også typisk har behov for at afsætte ekstra tid til koordination af samarbejdet i opstartsfasen.

Såfremt kommunen vælger at anvende en integreret model for samarbejdet, anbefales det, at der indledningsvist aftales en model for, hvilken betaling sundhedscentret skal have for at tilbyde indsatsen, og hvem der finansierer hvilke udgifter.

Hvis kommunen vælger at anvende en BUM-model for samarbejdet er det nærliggende at afklare, om den pris sundhedscentret kan gennemføre indsatsen for, er konkurrencedygtig med den pris, som private leverandører tilbyder tilsvarende indsatser for.

Et andet element som er værd at overveje i forbindelse med finansieringsmodellen er, hvorvidt man ønsker at indlægge incitamentsstrukturer i afregningsmodellen, hvor sundhedsafdelingen belønnes ved effektiv indsats. Der kan være lokale årsager til at man ønsker eller ikke ønsker at anvende incitamentsstrukturer i afregningsmodellen, men det kan være en god idé at overveje, hvorvidt man ønsker dette.

## Boks 20: Eksempler på incitamentsstrukturer i afregningsmodellen

- Afregningen til sundhedscentret gradueres efter, hvor mange borgere der kommer tilbage til beskæftigelse eller raskmeldes
- Bonusordning til udvikling af sundhedsindsatserne baseret på andel raskmeldte borgere

Erfaringen fra de deltagende kommuner er, at det er en god idé at lave en aftale mellem job - og sundhedscenter om fordelingen af en "gevinst" som følge af samarbejdet. Eksempelvis hvis sygedagpengeperioden forkortes for målgruppen som følge af indsatsen.

### 3.3. Implementeringsfasen

I denne fase er samarbejdet fortsat i en indledende fase, og det er derfor vigtigt at være opmærksom på at prioritere implementeringen i en travl hverdag. Den nedenstående boks indeholder aktiviteter, som foreslås gennemført i implementeringsfasen.

#### Boks 21: Forslag til aktiviteter i projektets implementeringsfase

Aktivitet	Emner
Få aftalt rammerne for og etableret en visitationsstruktur og igangsæt indsatsen	Tal om, hvordan I strukturerer en visitationsproces, og hvad der skal til for, at visitationen mellem jobcenter og sundhedscenter kommer til at glide let. Dernæst aftales den konkrete dato, hvor samarbejdet igangsættes.
Løbende fokus på implementeringsindsatsen	<b>Forslag til emner, der kan sættes på dagsordenen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hvilke visitationskriterier er relevante for målgruppen?</li><li>- Hvordan sikrer I, at sagsbehandlerne er grundigt informerede om sundhedscentrets indsats?</li></ul> Hold en løbende kontakt på ledelsesniveau mellem job- og sundhedscenter. Sikr at der løbende udveksles erfaringer mellem medarbejderne i job- og sundhedscentret og tilpas samarbejdet på baggrund af de resultater, der opnås.

### Hvordan sikres en god visitation til tilbuddet?

Når målgruppen er defineret og indsatsen er fastlagt, er næste skridt at sikre, at det er de rette borgere, som visiteres til indsatsen. Klare visitationskriterier er her altafgørende, og kommunikationsvejen i forhold til tilbagevisitering af borgere er også vigtig.

Visitationskriterierne skal være anvendelige for sagsbehandlerne i jobcentret. I den forbindelse er det også væsentligt, at sagsbehandlerne er grundigt informeret om indholdet i sundhedscentrets indsats, så sagsbehandleren kan informere borgeren om tilbuddet.

Det anbefales, at der foretages en løbende opfølgning og erfaringsopsamling på visitationen til tilbuddet. Ofte vil det først være, når tilbuddet er sat i gang, at man opdager mere eller mindre hensigtsmæssige visitationskriterier.

## **Boks 22: Om vigtigheden af klare visitationskriterier**

**Erfaring fra Vordingborg**, udtalelse fra ansat på ledelsesniveau i sundhedscentret:

”Der er ingen tvivl om, at sagsbehandlere har stort behov for at vide helt præcist, hvad det er for et tilbud. Jo mere præcist tilbuddet informeres til dem, jo mere præcis omkring inklusionskriterier mv. Jo bedre kan visitationen fungerer. Og det er vigtigt!”

### **Løbende ledelsesmæssigt fokus**

Da der i mange kommuner er tale om et nyt samarbejdsområde, er der behov for at have fokus på at have en god dialog mellem ledelsesniveauet i job - og sundhedscenter. Samtidig er det afgørende for samarbejdets succes, at både job - og sundhedscenter kan se en fordel i samarbejdet, for at understøtte den ledelsesmæssige motivation og interesse for den fælles kommunale indsats i både job - og sundhedscenter.

Det anbefales, at der afholdes faste tilbagevendende møder (eksempelvis hvert kvartal) med de ansvarlige ledere på beskæftigelses- og sundhedsområdet, hvor udviklingen i indsatsen og samarbejdet gennemgås og mulige udfordringer og barrierer drøftes på baggrund af en status fra henholdsvis job - og sundhedscenter. Formålet med møderne er at fastholde fokus på indsatsen og sikre, at der sker en løbende tilpasning af samarbejdet.

### **Behov for justeringer?**

Når samarbejdet er igangsat, er det en god idé at fastholde en løbende udveksling af medarbejdernes erfaringer med samarbejdet. Derudover anbefales det at have en løbende dialog om, hvorvidt dimensioneringen af tilbuddet er passende. Dette afhænger dels af, hvor mange borgere jobcentret har, som passer ind i målgruppen, dels af sundhedscentrets kapacitet. Særligt i den indledende implementeringsfase kan der således være behov for at foretage tilpasninger i samarbejdet.

Erfaringen fra de deltagende kommuner er yderligere, at der i opstartsfasen typisk vil være mange mindre ting, der skal afklares mellem job- og sundhedscenter, for at indsatsen kan forløbe smidigt. Der er derfor gode erfaringer med at tildele det koordinerende ansvar for indsatsen til en medarbejder, for at sikre, at mindre ting ikke udvikler sig til større barrierer for samarbejdet. Flere af kommunerne fremhæver, at det er en fordel, hvis den koordinerende medarbejder både har kendskab til arbejdsgangene i job - og i sundhedscentret.

### 3.4. Opfølgning

Når indsatsen har været i drift i en periode er det afgørende at gennemføre en opfølgning og evaluering af indsatsens resultater. Den nedenstående boks viser aktiviteter, som foreslås gennemført i denne fase.

#### Boks 23: Forslag til aktiviteter i projektets opfølgningsfase

Aktivitet	Emner
Dokumentation og evaluering	Sikre en løbende dokumentation af indsatsens gennemførelse og resultater. Lav afrapportering af opfyldelse af projektets målsætninger
Eventuelle opfølgingsaktiviteter	Gennemfør eventuelle tilpasninger i indsatsen på baggrund af evalueringen. Følgende tilpasninger kan være relevante: <ul style="list-style-type: none"><li>- Gennemfør borgeropfølgning – Er borgeren i det rigtige tilbud?</li><li>- Gennemfør indsatsopfølgning – Tilbydes de rigtige aktiviteter?</li><li>- Gennemfør visitationsopfølgning – Hvad virker for hvem og hvorfor?</li></ul>

Evalueringen skal bygge på den dokumentation, der er indsamlet undervejs i implementeringen (se afsnit 3.2. - Formulering af mål).

Evalueringen skal derfor for det første have fokus på, hvilke resultater der er opnået for målgruppen på baggrund af de opstillede målsætninger.

For det andet skal evalueringen have fokus på selve samarbejdet mellem job - og sundhedscenter. Dermed bliver det tydeligt, hvad der har fungeret godt i samarbejdet, og hvor der eventuelt er behov for tilpasninger. En sådan evaluering kan eksempelvis gennemføres ved at interviewe de involverede medarbejdere og ledere eller ved at gennemføre et fokusgruppeinterview, hvor flere af de involverede medarbejdere og ledere deltager samtidig.

Der er mange forskellige måder at dokumentere og evaluere på. Den metode, man vælger, skal være relevant og overkommelig set fra en kommunal synsvinkel. KL har udarbejdet en publikation om dokumentation af de kommunale forebyggelsesopgaver, som kan være en inspiration<sup>12</sup>.

Resultaterne fra evalueringen kan præsenteres på de berørte ledelsesmæssige niveauer og for det politiske niveau for at holde fokus på indsatsen og herunder de opnåede resultater.

---

12) Kilde: KL, 2008

## Eventuelle opfølgingsaktiviteter

Dokumentationen og evalueringen af indsatsen kan anvendes til at målrette indsatsen yderligere, for derved at opnå en endnu større effekt af samarbejdet. Det foreslås, at fokusere på følgende emner:

- Borgeropfølgning: Er den enkelte borger i det rigtige tilbud?
- Indsatsopfølgning: Tilbydes de rigtige aktiviteter på den mest optimale måde og er tidsperioden passende?
- Visitationsopfølgning: Præcisering af målgruppen for indsatsen. Hvad virker for hvem og hvorfor?

### *Borgeropfølgning*

Det er lovpligtigt for jobcentret at følge op på, om den enkelte borger er i det rigtige tilbud. Et samarbejde mellem job - og sundhedscenter giver mulighed for, at medarbejderne internt i kommunen kan have en mere tæt føling på, hvordan det går med borgeren i det enkelte tilbud.

### **Boks 24: Eksempler på tilrettelæggelse af borgeropfølgningen**

I Gladsaxe Kommune har man indført et ugentligt møde, hvor der både deltager medarbejdere fra job - og sundhedscentret. På mødet lægges planen for de enkelte borgere.

### *Indsatsopfølgning*

Særligt i opstartsfasen vil der typisk være behov for at vurdere, om det er de rigtige aktiviteter, der tilbydes til borgerne i tilbuddet. Det kan derfor være en god idé at åbne op for tilpasninger i aktiviteterne, måden aktiviteterne gennemføres på eller justeringer i tidsperioden.

### **Boks 25: Eksempler på en indsatsopfølgning**

I Vordingborg kommune har man tilpasset indsatsen, så der er mulighed for, at nogle borgere kan undlade nogle aktiviteter og i stedet deltage i en anden aktivitet, hvis det vurderes at være hensigtsmæssigt .

### *Visitationsopfølgning*

For at understøtte udviklingen af den mest optimale visitation for indsatsen er det vigtigt at gennemføre en systematisk opfølgning på, hvilke dele af målgruppen, der har størst udbytte af indsatsen – altså at undersøge hvilken indsats, der virker for hvilke dele af målgruppen. Det er vigtig viden for at blive mere præcise i forhold til, hvilke borgere der skal visiteres til indsatsen.

Der er ligeledes på dette område behov for systematisk indsamling af dokumentation for indsatsens effekt samt for en dialog mellem medarbejderne i job- og sundhedscenter. Medarbejderne i sundhedscentret har en detaljeret viden om, hvilke borgere indsatsen har den største effekt overfor, og samtidig kan dokumentationen vise, hvilke borgere der kommer tilbage til beskæftigelse efter indsatsen.

Det afgørende er her, at den viden der opnås om målgruppen, formidles til sagsbehandlerne i jobcentret, og at der sker en løbende justering af visitationskriterierne, så sagsbehandlerne har mulighed for at foretage en præcis visitation af de rette borgere til tilbuddet.

#### **Boks 26: Eksempler på visitationsopfølgningen**

**Erfaringer fra Vordingborg Kommune**, udtalelse fra ansat på ledelsesniveau i sundhedscentret:

“De mænd, der i hverdagen har et meget praktisk betonet erhverv, kan have svært ved at acceptere sundhedstilbud. De får mulighed for at vælge et andet tilbud, der har mere præg af praktisk aktivering, hvis de ønsker det. Kvinderne er generelt mere glade for tilbuddet end mændene”.

”Personer som er meget depressive kan ofte ikke fungere i de gruppeforløb, som vi tilbyder”.

## 4. Nyttige informationer, links, mv.

Gigtforeningen er en sygdomsbekæmpende forening, som arbejder for bedre vilkår for borgere med ondt i led, ryg og muskler. Gigtforeningen har et særligt en særlig hjemmeside målrettet kommunerne, hvor kommunerne kan få nyttig viden og ideer til en styrket indsats over for borgere med muskel-skeletsygdomme. Der er bl.a. forskellige kommuneeksempler:

<http://www.gigtforeningen.dk/for+kommuner>

Psykiastrifonden er en privat humanitær organisation, der arbejder målrettet for at gøre det mere accepteret at have en psykisk sygdom i Danmark. Psykiastrifonden udgiver bl.a. en række informationspjecer og bøger om psykisk sygdom, afholder kurser, og opkvalificerer fagpersoner.

[www.psykiastrifonden.dk](http://www.psykiastrifonden.dk)

## 5. Litteraturliste

AMS (Mik-Meyer N, Christensen BJ, Johansen MB). Sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser - Undersøgelse udført for Arbejdsdirektoratet i perioden august 2008 til april 2009. juni, 2009.

Beskæftigelsesregionerne. Viden om sygefravær. november, 2008

Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD003786. DOI: 10.1002/14651858.CD003786.pub2.

Choi BKL, Verbeek JH, Tam WWS, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD006555. DOI: 10.1002/14651858.CD006555.pub2.

Engers AJ, Jellema P, Wensing M, van der Windt DAWM, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD004057. DOI: 10.1002/14651858.CD004057.pub3.

Furlan AD, Imamura M, Dryden T, Irvin E. Massage for low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD001929. DOI: 10.1002/14651858.CD001929.pub2.

Green S, Buchbinder R, Hetrick SE. Physiotherapy interventions for shoulder pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. Art. No.: CD004258. DOI: 10.1002/14651858.CD004258.

Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD000335. DOI: 10.1002/14651858.CD000335.pub2.

Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for non-specific low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD000261. DOI: 10.1002/14651858.CD000261.pub2.

Hunot V, Moore THM, Caldwell D, Davies P, Jones H, Lewis G, Churchill R. Mindfulness-based 'third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 9. Art. No.: CD008704. DOI: 10.1002/14651858.CD008704.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelses-området. marts, 2010.

Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD007142. DOI: 10.1002/14651858.CD007142.pub2.



KL. Dokumentation af de kommunale forebyggelsesopgaver – en pragmatisk tilgang, 2008

Krisanaparakornkit T, Sriraj W, Piyavhatkul N, Laopaiboon M. Meditation therapy for anxiety disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD004998. DOI: 10.1002/14651858.CD004998.pub2.

Maratos A, Gold C, Wang X, Crawford M. Music therapy for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub2.

Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub4.

NFA (Borg V, Nexø MA, Kolte IV, Andersen MF) (2010). Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø for Arbejdstilsynet.

NFA. Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejdsmarkedet ved muskel- og skeletbesvær, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø for Arbejdstilsynet august, 2008.

SFI. Effekter af ændringer i sygedagpengeloven. april, 2008.