

# Sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser

Undersøgelse udført for Arbejdsdirektoratet i perioden august 2008 til april 2009

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

## Document Version

Final published version

## Publication date:

2009

## License

CC BY-NC-ND

## Citation for published version (APA):

Mik-Meyer, N., Just Christensen, B., & Brehm Johansen, M. (2009). *Sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser: Undersøgelse udført for Arbejdsdirektoratet i perioden august 2008 til april 2009*. Arbejdsmarkedsstyrelsen.

[Link to publication in CBS Research Portal](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us (research.lib@cbs.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Download date: 15. Jul. 2025

# **Sygedagpengemodtagere med diffuse lidelser**

Undersøgelse udført for Arbejdsdirektoratet i perioden august 2008 til  
april 2009

Forfattere:

Nanna Mik-Meyer

Bodil Just Christensen

Mette Brehm Johansen

## Indholdsfortegnelse

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

## Forord

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

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

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

København d. 8.april 2009

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

## Resume

### Forskellige sygdomsbegreber i de respektive systemer

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

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

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

## **Diffuse lidelser**

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

## **Køn og diffuse lidelser**

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

## **SDM strategier**

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

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

## **Mulige fokuspunkter**

### **I forløb med sygemeldte med diffuse lidelser:**

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

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

### **Sygefravær generelt:**

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

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

# Kapitel 1: Sygdom, sundhed og arbejdsliv

## Indledning

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

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

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

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

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

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

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

Nærværende rapport omfatter følgende elementer:

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

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

## Afrapportering

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

## Kapitel 2: Metodeafsnit

### Fokus og målsætning

I de senere år har sygefraværet været stigende i Danmark, især er antallet af langvarige sygemeldinger steget markant. Denne udvikling har store omkostninger både samfundsøkonomisk og for den enkelte sygemeldte borger, og sygefravær er blevet et tema på den politiske dagsorden. Som følge heraf er der foretaget en række studier af årsager til og karakteren af denne udvikling. Nærværende undersøgelse tager afsæt i disse studier og analyser med den ambition at tilføje ny og mere kvalitativt orienteret viden på området. Viden der dels kan belyse gruppen af langtidssygemeldte sygedagpengemodtagere (fremover SDM), og dels belyse hvordan denne gruppe forstås og håndteres i sundhedssektoren og det sociale system. Målet med dette projektdesign er at generere et vidensgrundlag, der kan danne basis for en kvalificeret vurdering af tiltag, der vil kunne medvirke til en nedbringelse af sygefraværet herunder også at belyse relevante forudsætninger for god praksis i forhold til at skabe et arbejdsmiljø, der mindsker risikoen for sygefravær. Undersøgelsen fokuserer specifikt på offentligt ansatte SDM<sup>1</sup> med diffuse lidelser, da en stadig større gruppe borgere angiver psykiske belastningsfaktorer, smerter og andre udiagnosticerede begrænsninger som årsag, når de skal begrunde deres sygemelding.

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

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

---

<sup>1</sup> Langtidssygemelding forstås i denne rapport som sygefravær af mindst otte ugers varighed.

- Offentlige arbejdspladser med lavt sygefravær.

## **Spørgeskemaundersøgelse**

Vi har udarbejdet et spørgeskema som henvender sig til teamledere eller sagsbehandlere på sygedagpengeområdet (se bilag 1). Spørgeskemaet blev sendt til samtlige 98 kommuner for at tilvejebringe den bredest mulige viden om sagsbehandlernes erfaring med og praksis vedrørende sygemeldte med diffuse lidelser. Den praktiske udførelse af spørgeskemaundersøgelsen samt dataanalysen af besvarelsene er foretaget af Rambøll Management i efteråret 2008. Spørgeskemaet er opdelt i tre afsnit med hver deres fokus<sup>2</sup>:

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

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

## **Interviewundersøgelse**

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

---

<sup>2</sup> Spørgeskemaets spørgsmål og introduktionstekst er blevet justeret efter test med 3 sagsbehandlere.

**Tabel 1: Antal indbyggere i deltagende kommuner**

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

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

### **Interview med SDM**

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

## **Fokusgruppeinterview med sagsbehandlere**

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

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

## **Interview med alment praktiserende læger samt lægefaglige konsulenter**

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

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

## **Interviewguides**

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

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

- Kommunalt ansatte lægekonsulenter (se bilag 9).

Interviewguiderne er overordnet inddelt i følgende fire temaer<sup>3</sup>: Den sygemeldtes sygdomsidentitet, relationer til andre centrale aktører (hhv. sagsbehandlere, læger og SDM), samarbejdet mellem sagsbehandlere og læger samt generelle forhold. Hvert tema har til formål at afdække forskellige aspekter af det at være sygemeldt, herunder en indkredsning af de sygemeldtes selvvalgte helbred i samspil med hvordan gruppen forstås og håndteres af henholdsvis kommunale sagsbehandlere, alment praktiserende læger samt lægefaglige konsulenter. De fire guides er desuden organiseret således, at det er muligt at afdække eventuelle konflikter eller overensstemmelser mellem de sygdomsopfattelser, som de centrale aktører har og de deraf følgende handlingsstrategier som aktørerne anlægger.

## Casestudier

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

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

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

---

<sup>3</sup> Alle fire interviewguides er pilottestet med godt resultat.

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

## Kapitel 3: Survey<sup>4</sup>

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

### Respondentgruppen

Spørgeskemaet blev sendt til samtlige 98 kommuner, det vil sige til de 94 jobcentre i Danmark, der arbejder med sygedagpengesager<sup>5</sup>. Ud af de 94 centre har repræsentanter fra de 69 besvaret skemaet, hvilket giver en svarprocent på 73%. Af disse 69 besvarelser har vi valgt at frasortere en enkelt besvarelse, fordi det af besvarelsen fremgik, at respondenterne havde misforstået undersøgelsens fokus. Størsteparten af respondenterne (63%) er sagsbehandlere på sygedagpengeområdet, mens en femtedel er teamledere på samme område. Den resterende gruppe, i alt 11 personer, er ansat som fx socialfaglig konsulent, faglig leder eller ”tovholder for sager ved anden aktør”, det vil sige alle arbejdsfunktioner, der relaterer sig direkte til sygedagpengeområdet. Regionsfordelt og set i forhold til antallet af kommuner i hver region ligger svarprocenterne højest i regionerne Syddanmark, Midtjylland og Sjælland (hhv. 84%, 81% og 76%), mens Region Nordjylland og Hovedstaden har svarprocenter på hhv. 70% og 50%. Vi stillede som krav til respondenterne, at de skulle have over 20 aktive sygedagpengesager, da besvarelsen af skemaets spørgsmål forudsætter en praksisnær viden på området. Dette krav blev til fulde opfyldt, idet 68% af respondenterne har 40 aktive sygedagpengesager eller derover. Hovedvægten af respondenterne har

---

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

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

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

Spørgeskemaet var delt op i tre afsnit med følgende overskrifter:

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

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

## **SDM med diffuse lidelser**

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

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

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

### **Udviklingen i sygemeldinger og diagnoser**

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

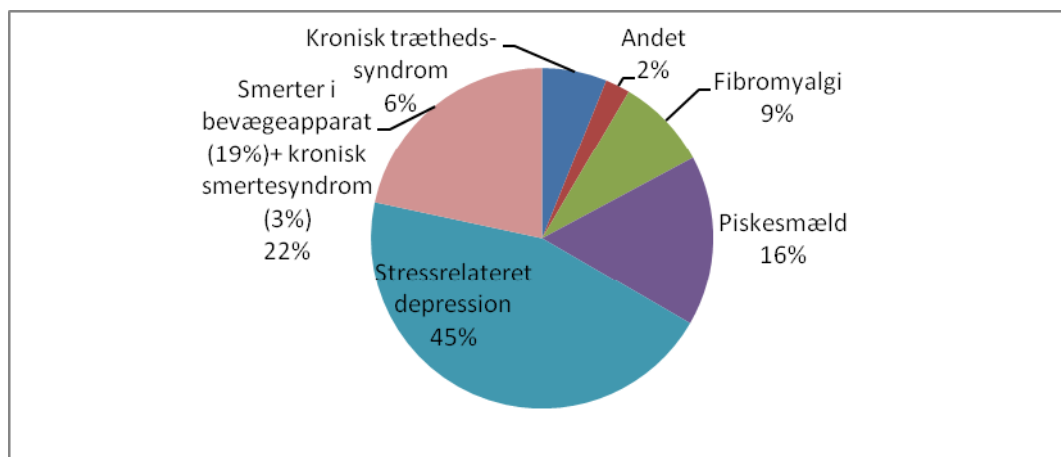
Ud over gruppens relative størrelse, spurgte vi til forekomsten og fordelingen af en række diagnoser. Formålet var at generere et overbliksbillede af hvilke diagnoser, der p.t. er de hyppigst forekommende i Danmark. Spørgsmålet angående den procentmæssige fordeling mellem forskellige diagnoser var formuleret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

Femten har tilføjet andre lidelser end de fem udspecificerede i spørgsmålet (som er fibromyalgi, piskesmæld, stressrelateret depression, kronisk smertesyndrom og kronisk træthedssyndrom). Ud af disse 15 anfører fem respondenter ”smerter i bevægeapparatet”, som en hyppigt forekommende sygemeldingsårsag. Ud fra de efterfølgende fokusgruppeinterviews med sagsbehandlerne blev det tydeligt, at langt de fleste opererer med kategorien ”smerter i bevægeapparatet”, når de beskriver gruppen af SDM med diffuse lidelser. Vi antager, at kronisk smertesyndrom og smerter i bevægeapparatet dækker over samme type problemstillinger og vi har derfor slået de to kategorier sammen i figur 1<sup>6</sup>:

### **Figur 1: Diagnosefordeling**

---

<sup>6</sup> Kategorien ’andet’ samler lidelser som PTSD, OCD, svimmelhed, operationskomplikationer og udmattelsessyndrom.



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

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

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

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

<sup>7</sup> 'Andre lidelser' dækker diagnoser som PTSD, OCD, svimmelhed, operationskomplikationer og udmatt

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

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

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

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

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

---

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

## **Samarbejdet med de alment praktiserende læger**

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

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

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

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

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

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

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

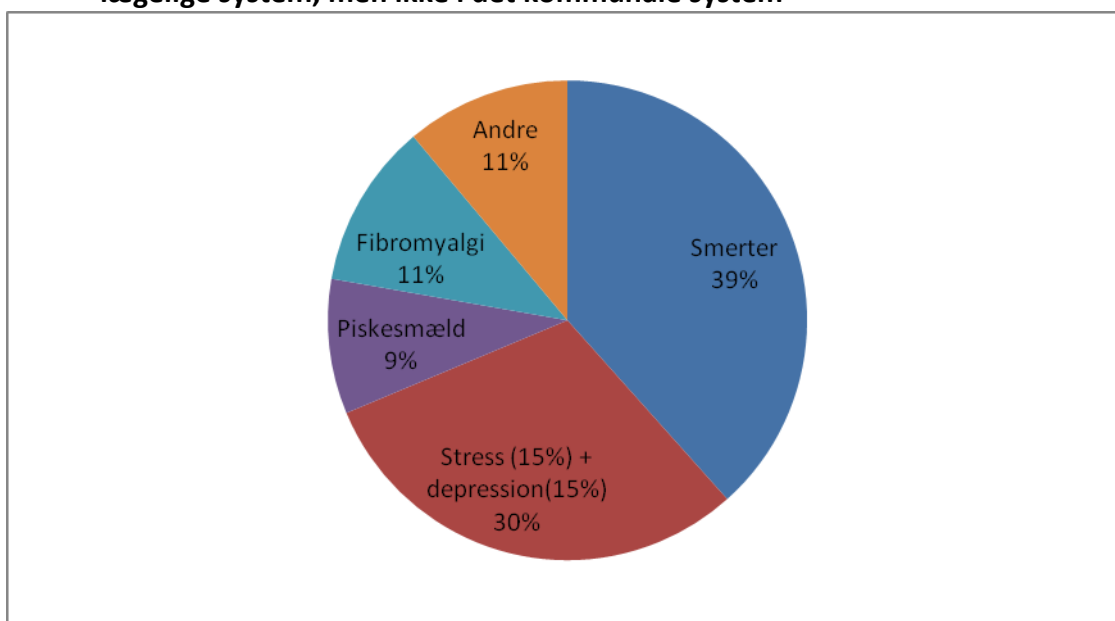
Denne manglende objektivitet, ser syv respondenter som forårsaget af en modsætning mellem målsætninger for arbejdet og forskellig faglighed, for eksempel skriver en respondent: ”Vi har meget forskellig faglighed og det opleves indimellem som svært at få den praktiserende læge til at indgå i et samarbejde,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

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

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

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

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



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

<sup>9</sup> Herunder udbrændthed, mave-tarmproblemer, dårligt arbejdsmiljø og kronisk træthedssyndrom.

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

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

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

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

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

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

### **Samarbejde med lægefaglige konsulenter**

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

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

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

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

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

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

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

## SDM tilknytning til arbejdsmarkedet

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

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

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

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

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

## Opsummering

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

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

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

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

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

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

## Kapitel 4. Kvantitativ analyse af kvalitativt interviewmateriale<sup>10</sup>

### Indledende bemærkninger

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

### Sygedagpengemodtagere

#### Sygdomsidentitet

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

**Tabel 4**

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

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

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

<sup>11</sup> Her er medregnet fibromyalgi, diffuse smerter, gig og piskesmæld.

<sup>12</sup> Herunder ses bl.a. sukkersyge, D-vitaminmangel, diskusprolaps, mavesår og infektionssygdomme.

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

## Varighed og forløb

Varigheden af interviewpersonernes aktuelle sygdomsmeldinger fordeler sig således<sup>13</sup>:

**Tabel 5**

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

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

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

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

## Symptomer og konsekvenser

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

**Tabel 6**

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

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

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

**Tabel 7**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **SDM relation til arbejdsmarkedet**

### **Arbejdshindring**

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

**Tabel 8**

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

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

### Kontakt til arbejdsplads

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

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

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

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

arrangementer på arbejdspladsen i løbet af sygemeldingen, mens en tredjedel fortæller, at de har haft telefonisk kontakt til deres kolleger. Endelig har hver femte haft personligt besøg i eget hjem af kolleger<sup>15</sup> i løbet af sygemeldingen.

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

**Tabel 9**

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

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

<sup>15</sup> I få tilfælde også af lederen.

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

## Arbejdspladsrelaterede medvirkende forhold til sygemelding

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

**Tabel 10**

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

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

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

<sup>17</sup> Samt andre strukturelle forhold såsom organisering af arbejdsgrupper.

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

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

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

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

## **SDM relation til egen læge**

### **Tilfredshed**

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

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

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

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

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

## Kontakt

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

**Tabel 11<sup>18</sup>**

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

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

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

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

## Opfattelse af lidelse

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

## Hjælp og tilfredshed

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

**Tabel 12**

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

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

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

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

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

## SDM relation til sagsbehandler

### Kontaktkarakteristika

Det første spørgsmål om dette tema omhandler, hvor mange samtaler SDM har haft med sagsbehandlere på jobcenteret de sidste seks måneder<sup>20</sup>:

**Tabel 13**

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

Som det ses af tabel 13, har godt halvdelen af de sygemeldte haft mellem en og tre samtaler med en sagsbehandler i løbet af de sidste seks måneder. Størsteparten af disse samtaler er telefoniske, mens personlige møder er mindre hyppige, fx siger Lilian: ”Jeg har været der 2-3 gange tror jeg i løbet af det her års tid. Men så har vi snakket en del i telefon og skrevet sammen på mail”. Hver femte af de interviewede har på interviewtidspunktet endnu ikke været indkaldt til samtale på jobcenteret og har dermed ikke mødt deres sagsbehandler personligt<sup>21</sup>. Samlet set er hver tredje SDM i den situation, at de ikke har mødt deres nuværende sagsbehandler, og lidt under halvdelen (44%) har mødt deres sagsbehandler en enkelt gang. En tredjedel har mødt deres sagsbehandler to eller tre gange. Det at skifte sagsbehandler giver anledning til en del frustration, for eksempel siger Elke, i forbindelse med at hun skal skifte visitationskategori: ”Men hun [sagsbehandleren] afgiver mig jo nu, når jeg

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

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

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

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

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

### Sagsbehandlerens rolle

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

**Tabel 14**

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

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

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

**Tabel 15**

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

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

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

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

**Tabel 16**

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

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

## Sagsbehandlere

### Sagsbehandlernes vurdering af gruppen af SDM med diffuse lidelser

#### Karakteristika og lidelser

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

**Tabel 17**

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

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

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

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

**Tabel 18**

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

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

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

**Tabel 19**

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

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

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

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

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

### **Manglende diagnose og fortsættelse af sygedagpengesagen**

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

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

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

**Tabel 20**

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

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

### Udvikling i diagnosefordelingen samt antal sygemeldte med diffuse lidelser

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

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

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

**Tabel 21**

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

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

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

**Tabel 22**

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

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

## Sagsbehandlerne kontakt til de sygemeldte borgere

### Kontaktkarakteristika

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

**Tabel 23**

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

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

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

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

### **Sagsbehandlerne rolle i relation til de sygemeldte**

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

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

**Tabel 24**

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

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

### **Manglende tilbud og handlemuligheder i relation til sygemeldte med diffuse lidelser**

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

**Tabel 25**

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

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

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

## Sagsbehandlingernes samarbejde med andre centrale aktører

### Samarbejdet med alment praktiserende læger

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

**Tabel 26**

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

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

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

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

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

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

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

### **Samarbejdet med lægekonsulenter**

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

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

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

### **Forskellig praksis i forskellige systemer**

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

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

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

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

# Alment praktiserende læger og kommunale lægekonsulenter

## Lægernes vurdering af gruppen af patienter med diffuse lidelser

### Gruppens karakteristika

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

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

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

**Tabel 27**

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

<sup>22</sup> Indeholder lidelserne colon irritable, angst og udbrændthed.

Af tabel 27 ses, at smerter i bevægeapparatet er den hyppigste lidelse lægerne nævner<sup>23</sup>. Lægen Jørgen fortæller:

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

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

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

**Tabel 28**

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

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

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

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

### **Diagnosticering, lidelser og sygemelding**

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

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

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

### **Diagnoseudviklingen**

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

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

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

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

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

## **Lægernes kontakt til patienter med diffuse lidelser**

### **Kontaktkarakteristika og diagnosticering**

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

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

**Tabel 29**

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

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

### Lægernes roller

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

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

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

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

## **Lægernes samarbejde med jobcentre og lægefaglige konsulenter**

### **Samarbejde - aktører, indhold og vurdering**

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

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

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

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

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

### **Samarbejdet med lægefaglige konsulenter**

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

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

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

## **Strukturelle barrierer og mulige forbedringer**

### **Barrierer**

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

### **Andre aktørers indflydelse på behandlingsforløb og ændrede arbejdsgange**

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

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

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

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

### **Tiltag til at kvalificere arbejdet med SDM**

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

## Kapitel 5: Casestudier på offentlige arbejdspladser med lavt sygefravær

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

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

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

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

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

De fem case-arbejdspladser er:

Case 1: Den integrerede daginstitution Isbjørnen, Valby

Case 2: Gladsaxe Kommunes Rengøringsservice

Case 3: Hjemmeservicegruppe 9B, Østerbycentret, Esbjerg

Case 4: Hæmatologisk afdeling, Ålborg sygehus

Case 5: Hjemmeplejen i Brønshøj, Husum og Vanløse

### **Case 1: Den integrerede daginstitutionen ”Isbjørnen”, Valby**

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

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

### **Udviklingen i sygefravær fra 2005 til 2008**

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

Tabel 30 viser udviklingen i sygefravær fra 2005 til 2008.

**Tabel 30**

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

Det man kunne kalde ”den pædagogiske vir

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Konkrete tiltag**

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

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

### **Sygefraværspolitik**

Der er en fast procedure for, hvordan

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

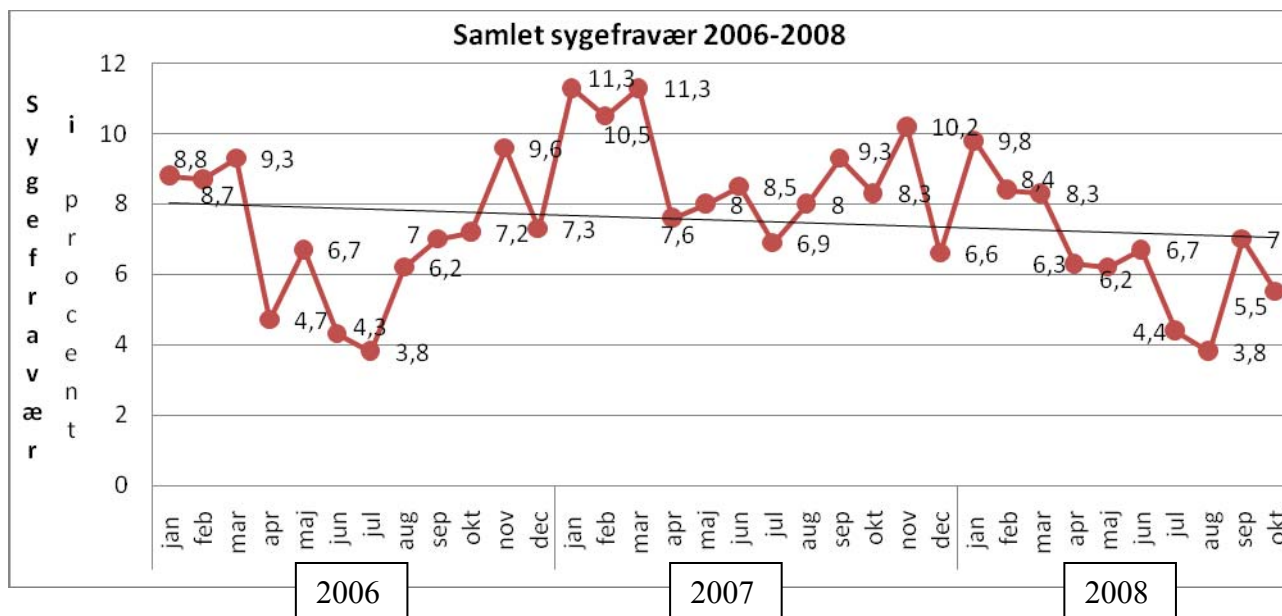
Ved langtidssfravær er kontakten mellem arbejdsplads og sygemeldte standardiseret og nedskrevet som et sæt regler, hvor begge parter er forpligtiget til at holde en jævnlig kontakt. Denne ordning bliver suppleret med et tiltag, der kaldes "Ambulancetjenesten", som består i at hver medarbejder har to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

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

## Udvikling i sygefravær fra 2006 til 2008

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

**Tabel 31**



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

### **Sygefraværspolitik**

Der er en hård linje overfor fravær af den type som medarbejdere og ledelse kalder ”pjæk”, idet der er indført regler, som gør det muligt at kræve en lægeerkl

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

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

Derudover er der indført en frugtordning på kontoret og på

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

### **Fysiske rammer og tilh**

## Udvikling i sygefravær fra 2005 til 2008

Tilbage i 2005 deltog arbejdspladsen i

Problematikker vedrørende sygefravær er stadig noget der arbejdes med blandt andet i form af en standardiseret sygefraværspolitik, ligesom de ansatte er tilmeldt en sundhedsordning, Health Company, som tilbyder massage







































































































































