

BESKÆFTIGELSESEKONOMI I DANMARK



VIDEN OM SYGEFRAVÆR

November 2008



Forord

Beskæftigelsesregionerne i Danmark har bedt mploy a/s om at gennemgå og sammen-skrive de vigtigste analyser af sygedagpengeområdet.

Formålet med vidensafdækningen er at give overblik over den eksisterende viden, som er tilvejebragt i de senere år via en lang række analyser af sygedagpengeområdet. Formålet er således:

- At bidrage til at skabe et kvalificeret afsæt og vidensgrundlag for den lokale tilrette-læggelse af jobcenterets indsats
- At få overblik over den dokumenterede viden om indsats og resultater på området – målrettet den politiske og administrative ledelse i jobcentrene
- At skabe grundlag for at målrette de mange analyse- og indsatsmæssige investeringer på sygedagpengeområdet mod områder, hvor der er behov for ny viden.
- At få et afsæt for at udpege temaer og områder, hvor der med fordel kan gennemføres udviklings- og forsøgsaktiviteter.

Nedenfor er indarbejdet viden og resultater fra 34 analyser og rapporter. Ca. 3.000 sider er skrevet sammen til ca. 40 sider, og i den proces er der selvsagt ikke plads til alle detaljer og nuancer. Af denne grund er der primært fokuseret på at præsentere viden – ikke på at beskrive metoder, statistikker og kilder. Den mere forskningsinteresserede læser henvises til litteraturlisten, hvor samtlige kilder er oplyst.

En tak rettes til Merete Labriola, seniorforsker på Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, som har læst og givet gode, kritiske kommentarer til rapportens indhold. Merete Labriola skal selvsagt ikke tages til indtægt for rapportens indhold.

Den nedenstående vidensafdækning er rettet mod de beskæftigelsespolitiske aktører og tager afsæt i ministerens udmeldte mål om at nedbringe antallet af langvarige sygeforløb. Sigtet er således at tilvejebringe viden, der kan styrke grundlaget for jobcentrenes indsats.

Målgruppen er de lokale beslutningstagere - den politiske og administrative ledelse i jobcentrene - og der er lagt vægt på at indarbejde al relevant viden på en enkel og forståelig måde.

Vidensafdækningen illustrerer, at der allerede findes en meget stor og nuanceret viden om sygefraværet. Men man kan altid udpege områder, hvor der kan findes yderligere viden.

Beskæftigelsesregionerne peger på, at der så vidt muligt bør samles op på effekterne af de mange tiltag og indsatsmæssige justeringer, som aktuelt foretages og afprøves i jobcentrene. Desuden peges på, at der med fordel kan ske en målretning af de lokale forsøgs- og udviklingsaktiviteter, så de sigter på at tilvejebringe mere viden om, hvad der virker i jobcentrenes indsats overfor sygemeldte.

Rapporten rummer megen information. Det er derfor valgt at indlede hvert kapitel med et resumé af de væsentligste pointer. Den travle læser kan få et hurtigt overblik ved at læse rapportens sammenfatning og resuméerne af de enkelte afsnit. Herudover er rapporten struktureret, så de enkelte kapitler kan læses særskilt.

Indholdsfortegnelse

1. Sammenfatning	1
2. Udviklingen i sygefraværet	4
2.1. Hvad kendetegner udviklingen i sygefraværet?	4
2.2. Hvordan udvikler sygefraværet sig i regionerne?.....	6
2.3. Hvem har især stigende sygefravær?	6
2.4. Hvorfor er sygefraværet stigende?.....	7
3. Hvem bliver sygemeldt og hvorfor?	8
3.1. Sygefravær og køn	8
3.2. Sygefravær og alder	9
3.3. Sygefravær og herkomst	10
3.4. Sygefravær og uddannelse	11
3.5. Sygefravær og ledighed	12
3.6. Sygefravær og sektor	13
3.7. Sygefravær og geografi.....	14
3.8. Holdninger til sygefravær	15
4. Hvilke sygdomme har de sygemeldte?	16
4.1. Hvilke diagnoser har forskellige grupper på arbejdsmarkedet?	18
4.2. Hvilke diagnoser findes i de enkelte brancher?	19
4.3. Hvornår bliver stress til sygdom?	19
5. Sygefravær i brancher og jobfunktioner	21
5.1. Hvilke faktorer i arbejdsmiljøet påvirker sygefraværet?	21
5.2. Hvilke faggrupper har de højeste belastninger?	23
5.3. Hvilke brancher er særlig udsat for sygedagpengefravær?.....	24
6. Afgang fra og tilbagefald til sygedagpenge	26
6.1. Hvor stor er sandsynligheden for at afgang fra sygedagpenge?	26
6.2. Hvortil afgang sygedagpengemodtagerne?	27
6.3. Hvad betyder delvise raskmeldinger for afgang?	27
6.4. I hvilket omfang får sygedagpengemodtagerne tilbagefald?.....	28
7. Jobcentrenes indsats og resultater	30
7.1. Hvilken udvikling er der i jobcentrenes indsats?.....	30
7.2. Hvilke indsatser er evalueret?.....	31
7.3. Tidlig indsats	32
7.4. Tværfaglig eller koordineret indsats	34
7.5. Aktive sygeforsøg og delvise raskmeldinger	35
7.6. Arbejdsfastholdelse.....	37
7.7. Kompetenceudvikling af medarbejderne	38
Litteraturliste	39

1. Sammenfatning

Nedenfor præsenteres hovedpointerne fra gennemgangen og bearbejdningen af ca. 3000 siders analyser på sygefraværsområdet.

Hovedpointerne giver et hurtigt og meget overordnet overblik over central viden om:

- Den nyeste udvikling af sygedagpengeindsatsen i jobcentrene
- Erfaringer og resultater af jobcentrenes indsats
- Udvikling og omfang af sygefraværet
- Årsager til sygefravær
- Særlige risikogrupper og de dominerende diagnoser
- Særlige risikobrancher og jobfunktioner
- Holdninger til sygefravær

Stor fokus på udvikling af jobcentrenes indsats

Inden for det seneste år har stort set alle jobcentre igangsat udviklingsaktiviteter i sygedagpenge-indsatsen:

- Ca. 90 pct. af jobcentrene justerer interne arbejdsgange, processer og snitflader.
- Ca. 75 pct. af jobcentrene udvikler på styring og opfølgning på indsatsen
- Ca. 75 pct. af jobcentrene er i færd med at udvikle aktive tilbud til sygemeldte
- Ca. 75 pct. af jobcentrene arbejder på at udvikle medarbejdernes kompetencer
- Ca. 67 pct. af jobcentrene gennemfører organisatoriske ændringer i indsatsen
- Ca. 50 pct. arbejder med nye samarbejdspartner og – former
- Ca. 50 pct. af jobcentrene gør brug af andre aktører i opfølgningsindsatsen

Hvad virker i jobcentrenes indsats?

Der er dokumenteret en positiv virkning af:

- En tidlig opfølgningsindsats – hvad enten der er tale om tidlige opfølgningssamtaler, tidlig udredning og afklaring eller tidlig inddragelse af lægefaglige ekspertise.
- En tværfaglig og koordineret indsats. Der er dokumenterede effekter af inddragelsen af tværfaglig ekspertise – ikke mindst når inddragelsen sker tidligt i sygdomsforløbet.
- En opfølgning, der inddrager arbejdsgiveren.
- Arbejde med indretning af arbejdspladsen og andre skånehensyn.

Sygefraværet stiger stort set i alle kommuner

Sygefraværet er steget i alle 4 beskæftigelsesregioner – stigningen er størst i Midtjylland og mindst i Østdanmark. Der er kun fem kommuner i Danmark der har oplevet et fald i sygefraværet gennem de seneste 4 år.

Forklaringer på det stigende sygefravær i de senere år

Sygefraværet stiger bl.a. fordi:

- Flere personer er kommet i arbejde og er blevet berettiget til sygedagpenge.
- Der er blevet mere travlt på arbejdspladserne, hvilket øger påvirkningerne fra arbejdsmiljøet og giver mere sygefravær.
- Flere får sygefravær som følge af det psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladsen. Der er dog også tale om de psykiske sygdomme italesættes mere end tidligere.
- Lovændringer inden for de senere år har betydet, at flere får forlænget deres sygedagpenge ud over 52 uger, og at færre overgår til førtidspension. Dermed opholder flere sig i sygedagpengesystemet.

Varigheden af sygeforløb stiger

Hvor det tidligere var antallet af sygemeldte personer, der steg, er det nu varigheden af sygeforløbene, der stiger. Den gennemsnitlige varighed af sygeforløb er steget fra 9 til 11 uger i de senere år.

Polarisering af sygefraværet

Der sker en polarisering af sygefraværet – sygefraværet stiger særligt for de grupper der i forvejen har højt sygefravær. Især kvinder, 40-59 årige, personer fra ikke-vestlige lande og kommunalt ansatte har stigende sygefravær.

Hvem bliver sygemeldt?

Sygefraværet er størst for følgende grupper:

- Kvinder
- 50-59 årige
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer med kort uddannelse
- Ledige dagpengemodtagere
- Kommunalt ansatte
- Personer med bopæl i Østdanmark

Hvorfor bliver man syg?

Sygefravær hænger sammen med:

- Livsstil og -vilkår
- Arbejds miljø
- Fysisk og psykisk helbred
- Ledelseskvalitet og – vilkår
- Holdninger til sygefravær

Hvilke sygdomme har de syge?

De sygemeldte kan ofte have kombinerede diagnoser, og de sygemeldte kan få yderligere lidelser hen over sygdomsforløbet. Isoleret set tegner lidelser i bevægeapparatet og psykiske lidelser sig for hovedparten af diagnoserne:

- Lidelser i bevægeapparatet (ca. 30 pct.)
- Psykiske lidelser (ca. 30 pct.)
- Andre fysiske sygdomme, bl.a. kredsløbssygdomme (ca. 23 pct.)
- Læsioner, bl.a. knoglebrud (ca. 17 pct.)

Hvem har især psykiske lidelser?

Særligt kvinder, unge under 30 år, offentligt ansatte og personer med mellemlang videregående uddannelse rammes af psykiske lidelser. De psykiske sygdomme dominerer sygdomsbilledet inden for undervisningsområdet, sociale institutioner og finanssektoren.

Hvordan fordeler sygefraværet sig på brancher og jobfunktioner?

Knap 40 pct. af sygefraværet kan tilskrives belastninger i arbejdsmiljøet. Arbejdsmiljøet kan forklare ca. 49 pct. af sygefraværet blandt ikke-faglærte, ca. 45 pct. blandt faglærte og ca. 22-35 pct. af sygefraværet blandt funktionærer.

Påvirkninger fra det fysiske miljø er aftagende, mens påvirkningerne fra det psykiske arbejdsmiljø er stigende.

Nogle brancher er kendetegnet ved høj risiko for sygemeldinger og langvarige sygeforløb. Det gælder bl.a.:

- Fødevarerindustrien
- Sociale institutioner
- Offentlig administration
- Transportområdet

Mange bliver syge igen efter raskmelding

Ca. 60 pct. af de personer, der raskmeldes, har en ny sygemelding inden for et år. Af disse har hver femte et længerevarende sygeforløb på over 4 uger.

Mange mister tilknytningen til arbejdsmarkedet

Hver sjette sygemeldte overgår til førtidspension efter 1 år på sygedagpenge.

Hvordan kan forsøg med og analyser af sygefraværet målrettes?

Man kan altid diskutere, om der er viden nok. Den gennemførte vidensafdækning vidner om, at der allerede findes en stor og nuanceret viden om udviklingen i og sammensætningen af sygefraværet.

Der er ligeledes afdækket en viden om, hvad der virker i jobcentrenes indsats, og kommende forsøg og udviklingsaktiviteter i jobcentrene kan med fordel målrettes mod denne viden. I den forbindelse er det vigtigt, at der lokalt indtænkes en evaluering af de forsøgs- og udviklingsaktiviteter, der igangsættes, så den opnåede viden og erfaring kan måles og mangfoldiggøres.

Beskæftigelsesregionerne vurderer, at der på baggrund af gennemgangen af analyser og faglitteratur kan peges på følgende temaer, hvor der kan være behov for mere viden, bedre dokumentation eller nye forsøgsaktiviteter:

- Der er behov for at evaluere effekterne af de mange nye tiltag og indsatsmæssige justeringer af indsatsen, som foregår aktuelt i jobcentrene. I den forbindelse kan bl.a. afdækkes hvad effekterne er af tidlig og hyppig opfølgning i jobcentrene samt hvilken indsats, opfølgning, redskaber og aktive tilbud der virker for forskellige grupper af sygemeldte.
- Der er behov for at afdække hvordan fastholdelse på arbejdspladserne via delvis raskmelding kan styrkes. I den forbindelse kan det med fordel kortlægges, hvilke behov virksomhederne har i forhold forebyggelse af sygefravær og fastholdelse af sygemeldte
- Der er behov for at afdække hvad holdninger betyder for omfanget af sygefraværet på tværs af landsdele, sektorer, aktører og grupper på arbejdsmarkedet – hvordan kan der arbejdes med at ændre holdninger blandt sygemeldte, lønmodtagere og ledere, læger, jobcentrenes personale m.fl.
- Der er behov for at afdække omfang og årsager til sygefraværet blandt bestemte grupper på arbejdsmarkedet, f.eks. kontanthjælpsmodtagere og personer fra ikke-vestlige lande.

2. Udviklingen i sygefraværet

Sygefraværet i Danmark er steget kraftigt i en årrække. Det øgede sygefravær begrænser arbejdsudbuddet og medvirker til at lægge pres på et arbejdsmarked, der allerede er præget af mangel på kvalificeret arbejdskraft. Som følge af udviklingen er der flere syge end ledige på arbejdsmarkedet.

I hovedtræk viser analysegennemgangen følgende resultater:

- Der er ca. 155.000 i Danmark, der er syge. Heraf modtager ca. 95.000 sygedagpenge. Siden 1. januar 2004 er sygedagpengefraværet steget med 22 pct., og det afspejler især en stigning i varigheden af sygdomsforløbene.
- Sygefraværet er steget mest i Midt- og Nordjylland. Det er på landsplan lykkedes fem jobcentre at afkorte varigheden af sygeforløbene. Samtidig har 33 jobcentre oplevet en stigning i varigheden, der ligger over landsgennemsnittet.
- Udviklingen i sygefraværet øger polariseringen blandt de sygemeldte, da stigningerne er størst for de grupper, der i forvejen har højt sygefravær, bl.a.:
 - Kvinder
 - 40-59-årige
 - Personer med ikke-vestlig baggrund
 - Offentligt ansatte

2.1. Hvad kendetegner udviklingen i sygefraværet?

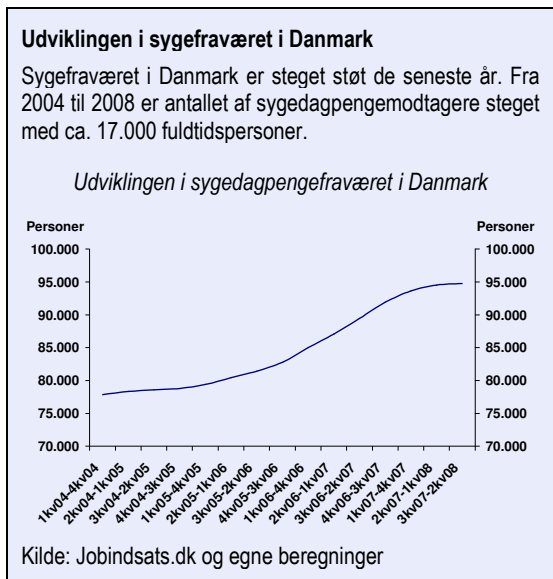
Det samlede sygefravær i Danmark omfatter ca. 155.000 fuldtidspersoner. Der er tale om et arbejdsgiverbetalt sygefravær (ca. 60.000 personer) og et offentligt finansieret sygefravær (ca. 95.000 personer). De 95.000 modtager sygedagpenge.¹

De ca. 95.000 fuldtidspersoner på sygedagpenge er udtryk for, at flere personer er blevet syge, og at de er syge i længere tid. Siden 1. januar 2004 er der kommet 17.000 flere sygedagpengemodtagere til. Det svarer til en stigning på 22 pct. på landsplan.

Det offentliges udgifter til sygedagpenge er steget i takt med sygefraværet. Udgifterne skønnes til ca. 14 mia. i 2007, hvilket indebærer en stigning på 22 pct. siden 2002.

De store udgifter til sygedagpenge påvirker dermed ikke kun arbejdsudbuddet. Det lægger også pres på de offentlige budgetter.

Udviklingen i sygefraværet har skiftet karakter. I perioden frem til 4. kvartal 2006 er der primært blevet flere berørte personer. Fra 4. kvartal 2006 er der primært blevet længere sygeperioder.



¹ Udviklingen i sygefraværet på landsplan er bl.a. belyst i Beskæftigelsesministeriet (2008), Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2007c)

Set over det seneste 1½ år er der således tale om, at de sygemeldte er syge i længere tid end tidligere. Hvor de sygemeldte for godt fire år siden i gennemsnit var syge i 9 uger, er varigheden af sygeforløbene i dag i gennemsnit på knap 11 uger. Det afspejler, at andelen af langvarige sygdomsforløb er steget kraftigt på landsplan.

I den gennemgåede faglitteratur er der peget på en række årsager til, at sygefraværet i Danmark er steget, jf. afsnit 2.4.

Overordnet handler det om, at en stigende beskæftigelse gør flere berettigede til sygedagpenge, og at høj aktivitet på arbejdsmarkedet presser det fysiske og psykiske arbejdsmiljø.

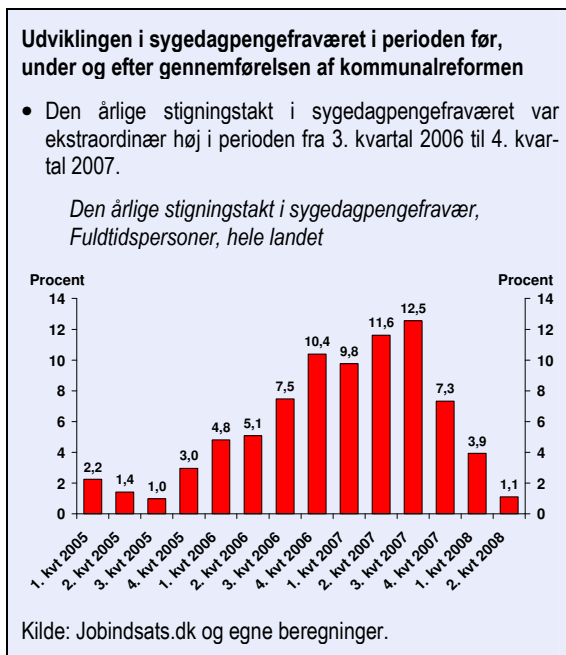
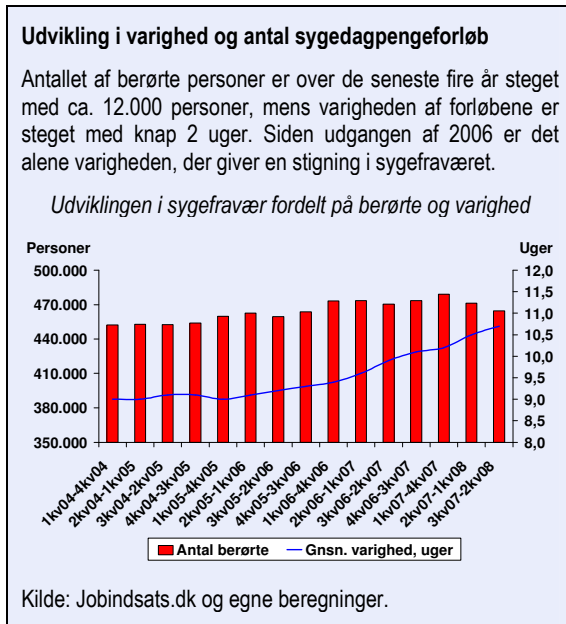
Desuden har ændringer i lovgivningen bevirket, at langt flere personer modtager sygedagpenge i længere tid. Derudover er der tegn på, at flere på arbejdsmarkedet får kronisk stress og ad den vej får et stigende og længere sygefravær.

Udviklingen i de senere år har medvirket til at synliggøre sygdom, som hidtil har været skjult. For det første er sygdom blandt personer på kontanthjælp og ledighedsydelse synliggjort i takt med, at de har fået beskæftigelse eller fleksjob og dermed kan modtage sygedagpenge. For det andet har nye forlængelsesmuligheder i lovgivningen bevirket, at færre personer mister retten til sygedagpenge efter 52 uger. For det tredje betyder stramninger i lovgivningen, at færre overgår til førtidspension og opholder sig længere i sygedagpengeordningen.

Der er tegn på, at implementeringen af kommunalreformen kan have haft betydning for stigningstakten i sygedagpengefraværet i perioden fra 2. halvår 2006 til udgangen af 2007. I denne periode er der således tale om en ekstraordinær stor stigningstakt i sygedagpengefraværet.

Det er nærliggende at antage, at udviklingen bl.a. hænger sammen med en reduceret fokus i sagsbehandlingen i sygedagpengeindsatsen i overgangs- og indkøringsperioden til det nye system. Desuden kan der være tale om, at de mange omvæltninger på de offentlige arbejdspladser i sig selv kan have øget antallet af langvarige sygemeldinger blandt de offentlige ansatte i perioden.

Stigningstakten i sygedagpengefraværet er faldet markant efter indkøringsfasen for de nye jobcentre er overstået. Det er dog endnu for tidligt at vurdere trenden af den aktuelle udvikling i sygefraværet.



2.2. Hvordan udvikler sygefraværet sig i regionerne?

Stigningen i sygefraværet har gjort sig gældende i alle fire regioner af landet og i langt de fleste kommuner.²

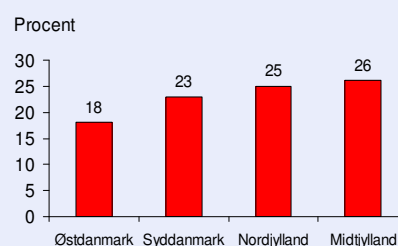
Udviklingen i regionerne er kendetegnet ved følgende træk:

- I Midtjylland har der været tale om en stigning på 26 pct. i de seneste fire år. Stigningen har gjort sig gældende i 17 af 18 jobcentre. Heraf har 10 jobcentre en stigning, der er over landsgennemsnittet på 22 pct.
- I Nordjylland har stigningen været på 25 pct. Der har været stigninger i samtlige 10 jobcentre i regionen. Heraf har 6 jobcentre en stigning, der er over landsgennemsnittet på 22 pct.
- I Syddanmark er stigningen på 23 pct. Stigningen findes blandt 18 af de 19 jobcentre. Heraf har 10 jobcentre en stigning, der er over landsgennemsnittet på 22 pct..
- I Østdanmark har 41 af 44 jobcentre haft en stigning. Samlet er stigningen på 18 pct. Heraf har 7 jobcentre en stigning, der er over landsgennemsnittet på 22 pct..

Sygefraværet i regionerne

- Sygefraværet er steget i alle fire regioner af landet. Stigningen er størst i Midtjylland og mindst i Østdanmark.

Udviklingen i sygedagpengefraværet, fordelt på regioner, 1. kvartal 2004 - 2. kvartal 2008



Kilde: Jobindsats.dk og egne beregninger.

2.3. Hvem har især stigende sygefravær?

Der er tale om betydelige forskelle i udviklingen i sygefraværet blandt forskellige grupper på arbejdsmarkedet.³

Der er generelt tale om et stigende sygefravær, men bestemte grupper har oplevet de største stigninger:

- Stigningen sker primært blandt beskæftigede. De ledige dagpengemodtagere har dog fastholdt sygefraværet, selv om gruppen er reduceret kraftigt. Det er udtryk for, at de tilbageværende ledige er syge oftere og i længere tid end tidligere.
- Stigningen er større for kvinder end mænd
- Stigningen er større for gruppen af 40-59-årige end de øvrige aldersgrupper
- Stigningen er større for personer af ikke-vestlig baggrund end andre
- Sygefraværet er primært steget blandt de offentlige ansatte

Disse udviklingsmønstre viser, at der generelt er tale om en yderligere polarisering af sygefraværet, da det er grupper på arbejdsmarkedet, som i forvejen havde det største omfang af sygefravær, som i de senere år har haft de største stigninger.

² Den regionale udvikling i sygefraværet er belyst i BR Syddanmark (2008), BR Hovedstaden & Sjælland (2007), BR Midtjylland (2007) og BR Nordjylland (2007).

³ Udviklingen i sygefraværet blandt grupper på arbejdsmarkedet er bl.a. belyst i Beskæftigelsesministeriet (2008), BR Syddanmark (2008), BR Hovedstaden & Sjælland (2007) og BR Midtjylland (2007).

2.4. Hvorfor er sygefraværet stigende?

Mange faktorer har medvirket til at øge sygefraværet i de seneste år. Nogle faktorer har især øget antallet af sygemeldte personer, mens andre forhold har bidraget til at øge varigheden af sygeperioderne. I den gennemgåede faglitteratur er følgende faktorer fremhævet som de væsentligste:

- Sygefraværet stiger af flere grunde under højkonjunkturer. En stigning i beskæftigelsen øger i sig selv antallet af sygedagpengemodtagere, da flere personer bliver berettiget til sygedagpenge. Væksten i beskæftigelsen i de senere år har bl.a. tilgodeset et stort antal kontanthjælpsmodtagere og personer på ledighedsydelse, som dermed er blevet berettiget til sygedagpenge under sygdom.
- En højere aktivitet og udbredte rekrutteringsproblemer på arbejdsmarkedet kan desuden øge travlheden og presse arbejdsmiljøet på arbejdspladserne. Der er klare tegn på, at der er kommet flere sygemeldinger i de senere år via arbejdsskader, arbejdsulykker og stressrelateret sygefravær.⁴
- Væksten i beskæftigelsen har hjulpet flere fra de svageste grupper ud på arbejdsmarkedet, ligesom antallet af personer i fleksjob er steget. Disse ”nybeskæftigede” fra de svageste grupper er syge oftere og i længere tid end andre beskæftigede. Samtidig er der tale om, at de ledige dagpengemodtagere har opretholdt et højt samlet sygefravær, selv om antallet af ledige er reduceret kraftigt over de senere år. De svageste grupper på arbejdsmarkedet har således bidraget til et øget sygefravær – om end der er tale om et begrænset bidrag.⁵
- Der kan spores en tendens til, at påvirkningerne fra det psykiske arbejdsmiljø er stigende, hvorimod påvirkningerne fra det fysiske arbejdsmiljø generelt er aftagende som følge af bl.a. nye arbejdsmetoder og teknologiske forbedringer. Der er tale om, at flere på arbejdsmarkedet udsættes for støj, krav om højt arbejds-tempo, følelsesmæssige krav og krav om stor arbejdsmængde. Andelen af lønmodtagere med kronisk stress er steget over en længere årrække og har efter alt at dømme ført til et øget og længerevarende sygefravær.⁶
- En række lovgivningsændringer har i de senere år øget anvendelsen af sygedagpengeordningen. Der er åbnet op for flere muligheder for at forlænge sygedagpenge ud over 52 uger, og som følge af forlængelserne udvides både personkredsen og varigheden af forløbene i sygedagpengeordningen. Desuden betyder stramninger i lovgivningen, at langt færre personer overgår til førtidspension og ad den vej opholder sig længere tid på sygedagpenge.⁷
- Der er en generel tendens til, at danskerne lever længere og har flere langvarige sygdomme. Der er tegn på, at sygdomme diagnosticeres tidligere og behandles bedre, hvilket medvirker til at mindske dødeligheden og dermed forlænge perioden, hvor man lever med alvorlige sygdomme.⁸

⁴ Ifølge Ulykkeregistret i Statens Institut for Folkesundhed er antallet af skadestuekontakter efter arbejdsulykker i perioden 2000-2006 steget med 19-25 pct. inden for social- og sundhedsområdet, bygge- og anlægsbranchen og landstransportområdet. Omvendt er antal af skadestuekontakter efter arbejdsulykker faldet kraftigt i industrien og andre områder, hvilket formentligt kan tilskrives nye teknologier og arbejdsmetoder.

⁵ Sygefravær blandt nybeskæftigede er belyst i BR Syddanmark (2008) og BR Hovedstaden & Sjælland (2007).

⁶ Stigningen i det stressrelaterede sygefravær beskrives i bl.a. Arbejdsmiljøinstituttet (2006), Videnscenter for arbejdsmiljø (2007) og Statens Institut for Folkesundhed (2008).

⁷ Betydningen af de lovgivningsmæssige ændringer er bl.a. beskrevet i Beskæftigelsesministeriet (2008).

⁸ Jf. Statens Institut for Folkesundhed (2008)

3. Hvem bliver sygemeldt og hvorfor?

Langt de fleste sygemeldes fra deres arbejdsplads. På landsplan sygemeldes ca. 80-85 pct. fra beskæftigelse, heraf ca. 5 procentpoint fra fleksjob. De øvrige ca. 15-20 pct. af de sygemeldte er ledige dagpengemodtagere. Det betyder, at der er en overvægt af ledige i sygedagpengesystemet, da gruppen kun udgør ca. 6-7 pct. af personerne på arbejdsmarkedet.⁹

I hovedtræk viser analysegangen følgende resultater:

- Omfanget af sygefravær blandt beskæftigede og ledige afhænger af en række forhold, herunder bl.a.:
 - Livsstil (motion, rygning, overvægt mv.)
 - Arbejdsmiljø (fysisk og psykisk)
 - Fysisk helbred
 - Mentalt helbred
 - Sygdomskulturer og holdninger til sygefravær.
- Disse forhold påvirker i forskellig grad grupperne på arbejdsmarkedet og kan have forskellig betydning fra person til person. Alligevel er der tydelige mønstre:
 - Sygefraværet falder med stigende uddannelsesniveau
 - Sygefraværet stiger med alderen
 - Sygefraværet er højere for kvinder end for mænd
 - Sygefraværet er højere blandt svage grupper på arbejdsmarkedet
 - Sygefraværet er højere på arbejdspladser med hårdt arbejdsmiljø
 - Sygefraværet er højere i den offentlige sektor end i den private sektor
 - Sygefraværet er højere i Østdanmark end i Vestdanmark
- Holdningerne til sygefravær varierer på tværs af landsdele, sektorer og grupper på arbejdsmarkedet:
 - Offentlige ansatte har større accept af sygefravær end private ansatte
 - Lønmodtagere i hovedstaden har større accept af sygefravær end lønmodtagere andre steder i landet
 - Unge under 30 år har større accept af sygefravær end øvrige aldersgrupper
 - Ledere i offentlige virksomheder har større accept af sygefravær, der kan forebygge stress, end ledere i private virksomheder.

3.1. Sygefravær og køn

Kvinder har et større sygefravær end mænd. De har større risiko for at få sygefravær og større risiko for at få en langvarig sygeperiode end mænd. Det gælder på tværs af alder, herkomst, geografisk bopæl, uddannelse og branchetilknytning.¹⁰

Der kan være mange forklaringer på det højere sygefravær blandt kvinder, og forklaringerne kan formentlig findes i forskelle i både livsstil, arbejdsmiljø, helbred og sygdomsadfærd.

⁹ Der er også sygefravær blandt kontanthjælpsmodtagerne, men det er vanskeligt at opgøre omfanget, da de forbliver på kontanthjælp under sygdom. Deres sygefravær kan derfor ikke opgøres ved hjælp af registerdata.

¹⁰ Jf. bl.a. Beskæftigelsesministeriet (2008), BR Syddanmark (2008), BR Hovedstaden & Sjælland (2007), BR Midtjylland (2007) og Statens Institut for Folkesundhed (2008)

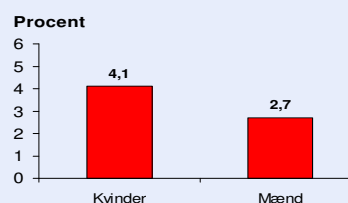
I den gennemgåede faglitteratur peges især på følgende forklaringer:

- Kvinder har flere helbredsproblemer og flere sygdomme end mænd, hvilket bl.a. skyldes biologiske og genetiske faktorer, livsstil, sundhedsvaner og levevilkår.¹¹
- Flere kvinder end mænd arbejder i brancher og jobfunktioner med høj risiko for sygefravær, bl.a. sociale institutioner, rengøring og undervisning.¹²
- Kvinders sygefravær stiger, når der er et samspil af fysiske og psykiske belastninger i jobbet. Dette gør sig ikke i samme grad gældende for mænd.¹³
- Kvinders sygefravær stiger, hvis de i deres arbejde er utilfredse med ledelseskvaliteten, oplever rollekonflikter eller lav anerkendelse fra ledelsen eller omgivelserne. Dette gør sig ikke i samme grad gældende for mænd.¹³
- Kvinder har en højere forekomst af stress end mænd, og væksten i de stressrelaterede og psykiske lidelser i de senere år kan især have øget sygefraværet blandt kvinder.¹⁴

Sygefravær og køn

- Kvinderne bærer ca. 58 pct. og mændene ca. 42 pct. af sygefraværet i Danmark.^{A)}
- Kvinderne er i gennemsnit syge ca. 2 uger længere end mændene om året.
- Risikoen for sygefravær er 36 pct. større for kvinder end for mænd.^{B)}
- Overrisikoen er på 63 pct. for kvinder, der på samme tid har stående/ gående arbejde og oplever rollekonflikter i arbejdet.^{B)}

Sygedagpengefravær i pct. af arbejdsstyrken, fordelt på køn, 3. kvartal 2007 - 2. kvartal 2008^{A)}



A) Jobindsats.dk og egne beregninger

B) Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007)

Både for mænd og kvinder øger fysiske belastninger i arbejdet risikoen for sygefravær. Især ved tunge løft, stående/gående arbejde og belastende arbejdsstillinger.

Hos kvinderne har de fysiske og psykiske belastninger stort set samme virkning på sygefraværet – risikoen øges med ca. 20-30 pct.¹³

Hos mændene betyder de fysiske belastninger mere for risikoen for sygefravær end de psykiske belastninger. Risikoen øges med 40-50 pct. af fysiske belastninger og med ca. 20 pct. af psykiske belastninger.¹³

Risikoen for sygefravær blandt mænd øges, når de er udsat for høje følelsesmæssige krav eller krav om at skjule følelser, dvs. hvor man i arbejdet involveres følelsesmæssigt eller ikke kan give udtryk for sin mening.¹³

3.2. Sygefravær og alder

Sygefraværet stiger med alderen og toppe for 50-59 årige. Med alderen bliver man syg oftere og i længere tid, uanset herkomst, uddannelse og geografisk bopæl.¹⁵

¹¹ Jf. Statens Institut for Folkesundhed (2008)

¹² Jf. Beskæftigelsesministeriet (2008)

¹³ Jf. Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007)

¹⁴ Væksten i psykiske lidelser og kronisk stress er bl.a. belyst i SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2008), Statens Institut for Folkesundhed (2008), Videnscenter for Arbejdsmiljø (2007) og Lander m.fl. (2006). I sidstnævnte kilde vises, at kvinder har mere end dobbelt så stor risiko som mænd for at blive sygemeldt som følge af arbejdsrelateret stress.

¹⁵ Jf. bl.a. BR Syddanmark (2008), BR Hovedstaden & Sjælland (2007) og BR Midtjylland (2007).

Hovedforklaringen på det større sygefravær blandt de ældre på arbejdsmarkedet er, at mange sygdomme udvikles over tid og dermed kommer med alderen. Således optræder svigtende helbred og livsstilsafhængige sygdomme typisk senere i livet.

Man taler om, at der fra 30-års alderen frem til 70-års alderen er et gradvist fald i de fleste af organismens funktioner.¹⁶

Samtidig ser man en konstant stigning i andelen af personer med hæmmende, langvarig sygdom fra 25-års alderen til 80 års alderen.¹⁷

Dette underbygges bl.a. af en undersøgelse blandt 800 sygedagpengemodtagere, hvor personer over 50 år tegner sig for ca. 2/3 af kræft- og kredsløbs-sygdomme mv.¹⁷

Hertil kommer, at en langvarig tilknytning til arbejdsmarkedet i sig selv øger sygefraværet som følge af nedslidning.¹⁸

3.3. Sygefravær og herkomst

Personer med ikke-vestlig baggrund har større risiko for sygefravær end personer af dansk oprindelse. Det gælder uanset alder, køn, uddannelsesbaggrund geografisk bopæl og branchetilknytning.¹⁹

En vigtig del af forklaringen herpå er, at de ikke-vestlige personer ofte arbejder inden for brancher og jobfunktioner med højt sygefravær. Det kan f.eks være som rengøringspersonale, taxichauffører og social- og sundhedshjælpere mv.

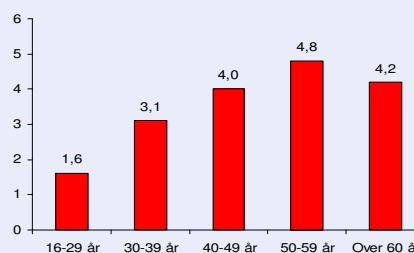
Der er således tegn på, at branchetilknytningen og jobfunktioner kan forklare mindst halvdelen af det højere sygefravær blandt personer fra ikke-vestlige lande.²⁰

Det er vanskeligt at forklare den resterende del af forskellen i sygefravær. Der er i den gennemgåede faglitteratur ikke entydige tegn på, at etniske minoriteter har et dårligere helbred end andre.²¹

Sygefravær og alder

- Personer over 40 år bærer ca. 67 pct. af sygefraværet i Danmark. De udgør kun ca. 52 pct. af arbejdsstyrken. De unge under 30 år bærer ca. 11 pct. af sygefraværet og udgør ca. 23 pct. af arbejdsstyrken.^{A)}
- Risikoen for sygefravær er 50-60 pct. større for 40-59 årige end for unge under 30 år.^{B)}

Sygedagpengefravær i pct. af arbejdsstyrken fordelt på alder, 3. kvartal 2007 – 2. kvartal 2008^{A)}



A) Jobindsats.dk og egne beregninger

B) Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007)

¹⁶ Jf. Statens Institut for Folkesundhed (2008)

¹⁷ Egne beregninger på baggrund af en undersøgelse blandt ca. 800 sygedagpengemodtagere.

¹⁸ Jf. Socialforskningsinstituttet (2003).

¹⁹ Jf. BR Syddanmark (2008), BR Hovedstaden & Sjælland (2007) og BR Midtjylland (2007).

²⁰ Jf. Beskæftigelsesministeriet (2008)

²¹ I Statens Institut for Folkesundhed (2008) findes en gennemgang af litteratur, der omhandler sygefravær og helbred blandt etniske minoriteter. Det konkluderes heri, at der i den gennemgåede litteratur ikke kan findes entydige tegn på en sammenhæng.

Derimod vurderer en væsentlig større andel blandt de etniske minoriteter, at deres helbred er dårligt, og at de er stressede.²²

Det har betydning, da det selvvaluerede helbred og et dårligt mentalt helbred øger risikoen for sygefravær markant.²³

I den gennemgåede faglitteratur peges på øvrige forklaringer på det højere sygefravær blandt personer med ikke-vestlig baggrund:

- Kulturelle forskelle mv.
- Flere hjemmeboende børn under 18 år
- Vanskeligheder med at integration på arbejdspladsen.
- Sociale uligheder

3.4. Sygefravær og uddannelse

På arbejdsmarkedet er der en klar sammenhæng mellem uddannelse og sygefravær. Jo lavere uddannelse, jo højere sygefravær. Kortuddannede personer er således syge oftere og i længere tid end højtuddannede personer.

Undersøgelser viser, at personer uden kompetencegivende uddannelse har fire gange større risiko for sygefravær end personer med lang videregående uddannelse.²⁴

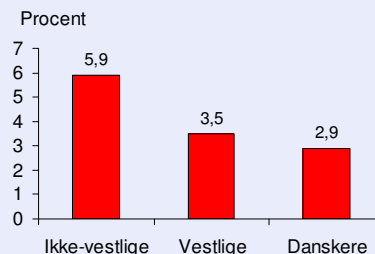
Det afspejler især, at der er forskel på livsstil og arbejdsmiljø blandt kort- og højtuddannede. Forskningen peger på, at arbejdsmiljø og livsstil (rygning, overvægt, alkoholforbrug, motion) kan forklare op mod halvdelen af den højere sygedomsrisiko for ikke-faglærte.²⁵

Det kommer bl.a. til udtryk ved, at medlemmer fra få a-kasser tegner sig for hovedparten af sygefraværet på det danske arbejdsmarked: 3F, FOA, HK, Kristelige, ASE, BUPL.²⁶

Sygefravær og herkomst

- Personer med ikke-vestlig baggrund bærer ca. 8 pct. af sygefraværet i Danmark. De udgør kun ca. 5 pct. af arbejdsstyrken. ^{A)}
- De ikke-vestlige personer er syge ca. 3 uger længere om året end etniske danskere. ^{B)}
- Risikoen for langt sygefravær er 77 pct. større for ikke-vestlige personer end for etniske danskere. ^{B)}

Sygedagpengefravær i pct. af arbejdsstyrken, fordelt på herkomst ^{B)}



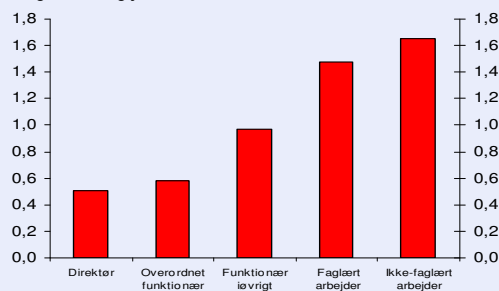
^{A)} DREAM og egne beregninger

^{B)} BR Syddanmark (2008)

Sygefravær og uddannelse:

- Personer med lang videregående uddannelse har et sygedagpengefravær på ca. 0,9 pct. af arbejdsstyrken. ^{A)}
- Personer med grundskoleuddannelse har et sygefravær på ca. 3,3 pct. af arbejdsstyrken. ^{A)}

Forventet fravær med sygedagpenge, fordelt på stillingsbetegnelser og justeret for køn, alder mv., 2006 ^{B)}



^{A)} BR Hovedstaden & Sjælland (2007)

^{B)} Beskæftigelsesministeriet (2008) på baggrund af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø

²² Jf. Statens Institut for Folkesundhed (2008)

²³ Jf. Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007)

²⁴ Jf. Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007) og BR Hovedstaden & Sjælland (2007)

²⁵ Jf. Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007)

²⁶ Jf. BR Hovedstaden & Sjælland (2007)

I faglitteraturen taler man om, at der er sociale forskelle i sygelighed. De sociale forskelle i kvalifikationer, personlige ressourcer og arbejdsmarkedstilknytning giver sig udslag i sygeligheden.²⁷

3.5. Sygefravær og ledighed

De senere års vækst i beskæftigelsen i Danmark har betydet, at mange, som hidtil har stået uden for arbejdsmarkedet, er kommet i arbejde. Det gælder bl.a. langtidsledige, kontanthjælpsmodtagere og personer med nedsat arbejdsevne.

Det er kendetegnende for disse nybeskæftigede, som for nyligt har forladt ledighed til fordel for job, at de har et højere sygefravær end andre beskæftigede.²⁸

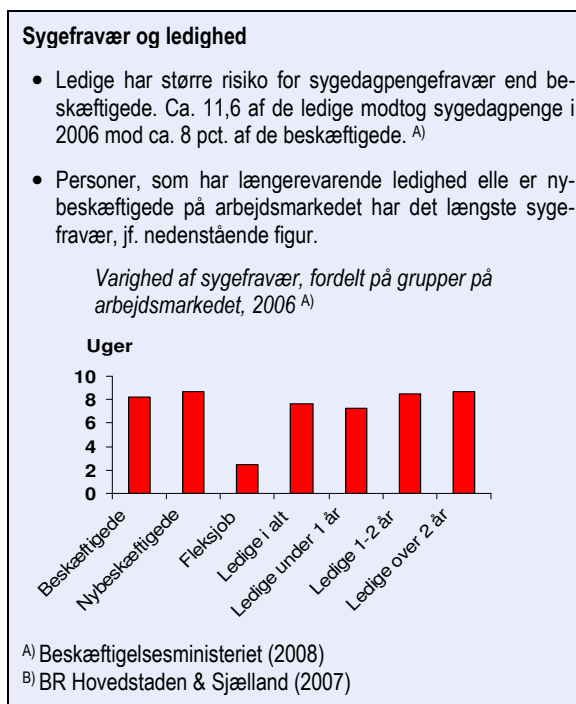
Samtidig er det kendetegnende, at ledige personer har større risiko for sygefravær end de beskæftigede på arbejdsmarkedet.²⁹

Det er svært at afgøre, om arbejdsløshed fører til sygdom eller omvendt. Der er tale om, at ledige har et dårligere mentalt helbred, hvilket øger risikoen for sygefravær. Desuden har ledige i gennemsnit mindre uddannelse og højere alder end beskæftigede på arbejdsmarkedet.³⁰

Både omfang og varighed af sygefraværet er steget blandt dagpengemodtagerne. Det kan bl.a. være et resultat af et større pres i takt med den faldende ledighed.

Der findes ingen registeropgørelser af sygefraværet blandt kontanthjælpsmodtagere, da syge kontanthjælpsmodtagere ikke modtager sygedagpenge. I den gennemgåede faglitteratur er der enkelte bud på omfanget af sygefravær i gruppen:

- En undersøgelse blandt ca. 1.800 kontanthjælpsmodtagere viser, at andelen af kontanthjælpsmodtagere med en (selvopfattet) kronisk sygdom stiger fra ca. 25 pct. for personer i match 1 til ca. 60 pct. for personer i match 5. Omkring 25 pct. af de tungeste kontanthjælpsmodtagere har psykiske lidelser, som er diagnosticeret af en læge eller psykiater.³¹



²⁷ Statens Institut for Folkesundhed (2008) viser, at 80-90 pct. af personer med lang videregående uddannelse oplever et godt eller virkelig godt helbred, mens det kun gælder 60-70 pct. af personer med kort eller ingen erhvervsuddannelse.

²⁸ Jf. BR Hovedstaden & Sjælland (2007) og BR Syddanmark (2008). Sidstnævnte viser, at ca. 22 pct. af de nybeskæftigede i Syddanmark modtager sygedagpenge i løbet af et år mod ca. 15 pct. af de beskæftigede som helhed. Det skal bemærkes, at de nybeskæftigede kun bidrager begrænset til den samlede stigning i sygefraværet.

²⁹ Jf. Beskæftigelsesministeriet (2008), BR Syddanmark (2008), BR Hovedstaden & Sjælland (2007) og Statens Institut for Sundhed (2006). I sidstnævnte vises, at arbejdsløse har en ca. dobbelt så høj risiko for langvarig sygdom som ikke-faglærte lønmodtagere.

³⁰ Ifølge Socialforskningsinstituttet (2003) er de ledige oftere behandlet for psykiske problemer og har flere kontakter til egen læge forud for sygemeldinger. Statens Institut for Folkesundhed (2006) viser, at ledige har en mersandsynlighed for at kontakte praktiserende læge, speciallæge eller hospitalsambulatorium på 30-48 pct.

³¹ Jf. Socialforskningsinstituttet (2007)

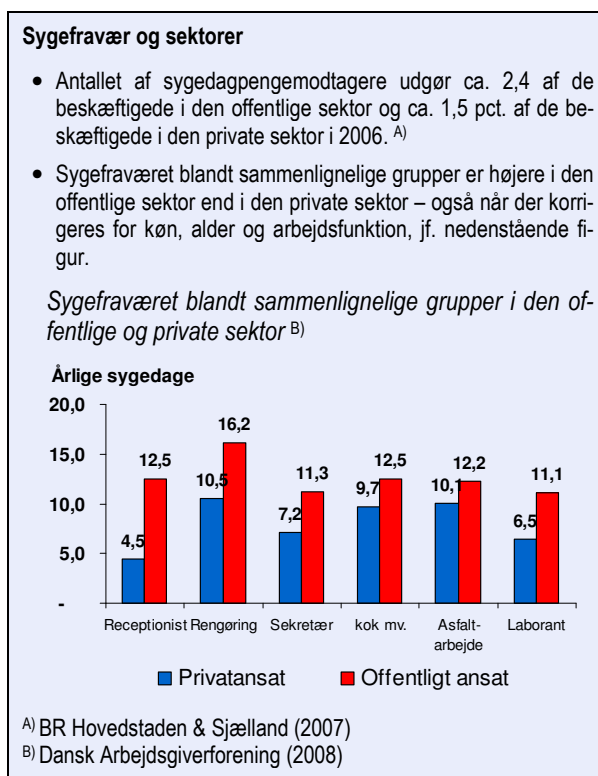
- På baggrund af samme datamateriale opgøres i en anden undersøgelse, at ca. 60 pct. af kontanthjælpsmodtagerne vurderer, at de har haft et kortere eller længere sygefravær inden for den seneste måned, heraf ca. 1/3 på fuld tid.³²
- I en undersøgelse fra 2008 af samtlige 700 kontanthjælpsmodtagere i match 4-5 i en kommune er opgjort, at ca. 1/3 af de omfattede personer var ramt af sygdom på opførelsestidspunktet. Undersøgelsen viser samtidig, at fysiske problemer udgør en hovedbarriere i 29 pct. af sagerne, mens psykiske problemer udgør hovedbarriere i ca. 22 pct. af sagerne. I ca. 7 pct. af sagerne er der tale om misbrugsproblemer som hovedbarriere.³³

3.6. Sygefravær og sektor

Sygefraværet er højest i på kommunale arbejdspladser. Samlet er der tale om et fravær på grund af egen sygdom på ca. 5,6 pct. i den kommunale sektor. Til sammenligning er fraværsprocenten i den statslige og private sektor på ca. 3,6 pct.³⁴

I den gennemgåede faglitteratur peges der på følgende forklaringer på det højere sygefravær i den kommunale sektor:

- En langt større del af kvinder og et højere aldersgennemsnit blandt de ansatte kan have stor betydning for det højere sygefravær.³⁵
- Kommunale ledere har andre ledelsesmæssige vilkår end private ledere, bl.a. er der ofte flere medarbejdere at lede.³⁶
- Mange omstruktureringer giver mindre trivsel hos de kommunalt ansatte.³⁶
- Der er forskelle i sygdomskulturer og holdninger til sygefravær blandt ansatte i den private og offentlige sektor. Bl.a. er der forskel på hvilke grunde, der opfattes som acceptable for at melde sig syg.³⁷



³² Jf. Beskæftigelsesministeriet (2008)

³³ Egne beregninger på baggrund af survey fra 2008.

³⁴ Jf. Beskæftigelsesministeriet (2008).

³⁵ Det kan desuden have betydning for sygefraværet i den kommunale sektor, at de kvindelige ansatte ofte har et hårdt fysisk og psykisk arbejdsmiljø, og at kvinders sygefravær stiger, når de i deres arbejde er utilfredse med ledelseskvaliteten, oplever rollekonflikter eller oplever lav anerkendelse fra ledelsen eller omgivelserne.

³⁶ Jf. Dansk Arbejdsgiverforening (2008). Det er nærliggende at antage, at der skal mere til, før man melder sig syg, hvis man føler sig værdsat af kolleger eller ledelse, eller hvis man oplever konsekvenser af fravær eller belønning for lavt fravær på arbejdspladsen.

³⁷ I en undersøgelse af holdninger til sygefravær viser Nordisk Ministerråd (2007), at offentligt ansatte i større omfang accepterer sygefravær end privat ansatte. De offentlige ansatte accepterer især i større grad, at man sygemelder sig i situationer, hvor man føler sig mobbet på arbejdet, har forkølelse med lidt feber, føler ubehag på grund af stress eller har nære familiemedlemmer med brug for støtte. Samtidig viser Ledernes Hovedorganisation (2006), at der er større accept blandt offentlige ledere, at de ansatte melder sig syge, hvis de har brug for at stresser af.

3.7. Sygefravær og geografi

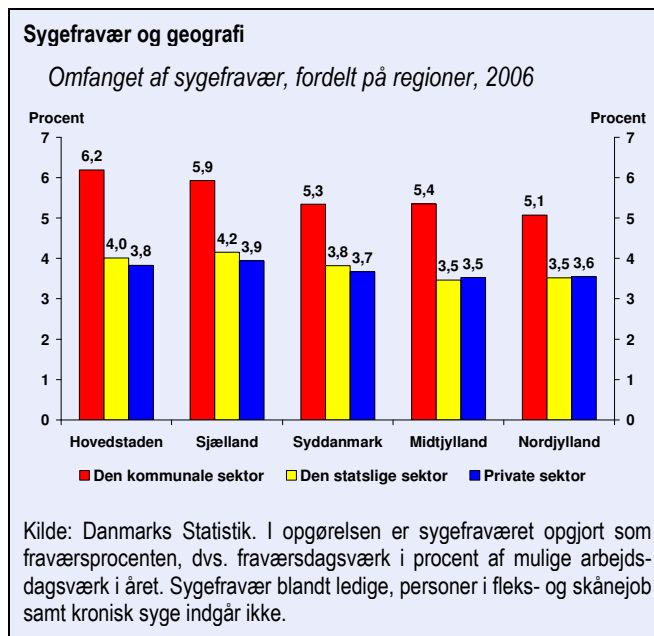
Sygefraværet har et større omfang i Østdanmark end i Vestdanmark. En opgørelse af sygefraværet fordelt på sektorer viser, at sygefraværet er størst i Hovedstaden og mindst i Nordjylland.³⁸

Når man bevæger sig fra Øst mod Vest, falder omfanget af sygefravær støt. Mønsteret gør sig gældende inden for både den statslige, kommunale og private sektor. Spredningen er dog størst inden for den kommunale sektor.

Dette mønster kan formentlig et godt stykke ad vejen forklares af forskelle i borgernes branchetilhør. Der er således en klar sammenhæng mellem omfanget af sygefravær og andelen af befolkningen, der arbejder inden for brancher med højt sygefravær.³⁹

Herudover peger den gennemgåede faglitteratur på følgende forklaringer på de geografiske forskelle i sygefravær:

- Sygefraværet kan afspejle forskelle i befolkningssammensætningen og herunder andelen af grupper med højt sygefravær, f.eks. borgere med ikke-vestlig baggrund.
- Ledelses- og sygdomskulturer på arbejdspladserne kan have betydning. Således er der på tværs af landsdele store forskelle i sygefraværet inden for samme faggrupper eller blandt sammenlignelige grupper.⁴⁰
- Forskellene kan afhænge af forskelle i organisering af og opfølgingsstrategier for sygedagpengeindsatsen i kommunerne.
- Andre forhold, bl.a. borgernes livsstil, sundhed mv.



³⁸ Der findes ingen statistik, der viser det samlede sygefravær i Danmark. Det nærmeste man kommer, en opgørelse i Danmarks Statistik over sygefraværet i hhv. den private, kommunale og statslige sektor. Fordelen ved denne opgørelse er, at den indeholder både det arbejdsgiverbetalte og det offentligt finansierede sygefravær i de tre sektorer.

³⁹ I BR Hovedstaden & Sjælland (2007) vises, at sygefraværet varierer med andelen af borgere, der arbejder inden for de tolv udpegede brancher med særlig højt sygefravær. Socialforskningsinstituttet og Anvendt Kommunal Forskning (2006) viser, at omfanget af sygedagpengefravær bl.a. bestemmes af de rammevilkår, som den enkelte kommune har på området.

⁴⁰ Dette illustreres bl.a. af Dansk Arbejdsgiverforening (2007). I Nordisk Ministerråd (2007) vises, at lønmodtagere i hovedstadsområdet i højere grad accepterer sygefravær end lønmodtagere i andre dele af landet. Lønmodtagerne i hovedstaden har især større accept overfor sygemeldinger i situationer, hvor man har forkølelse med lav feber, føler sig mobbet på arbejdet, har fået for lidt søvn eller har vanskeligheder i forbindelse med samlivsbrud. Derimod har lønmodtagere i Nordjylland større accept overfor sygemeldinger i situationer, hvor man føler ubehag på grund af stress på arbejdet eller er misfornøjet med forhold på arbejdspladsen. Jf. i øvrigt afsnit 3.8.

3.8. Holdninger til sygefravær

Forskellene i sygefraværet mellem landsdele og forskellige grupper på arbejdsmarkedet kan bl.a. afspejle forskelle i holdninger til sygefravær. Man taler om, at ledelses- og sygdomskulturer på de enkelte arbejdspladser har betydning for omfanget af det korterevarende sygefravær.

Der er ikke nødvendigvis en sammenhæng mellem holdninger til sygefravær og adfærd. Holdningerne kan være udtryk for, om man accepterer andres sygefravær, f.eks kollegers eller ægtefællers sygefravær. Omvendt kan sammenhængen ikke udelukkes, f.eks når det angår det korterevarende sygefravær.⁴¹

Der er regionale forskelle på holdningerne til sygemeldinger i Danmark.⁴² Især hovedstaden skiller sig ud ved en bredere accept af sygemeldinger end andre steder i landet. Det gælder især i situationer, hvor man har forkølelse med lav feber, føler sig mobbet på arbejdet, har fået for lidt søvn eller har problemer i forbindelse med samlivsbrud.

Mænd har mere liberale holdninger til sygemeldinger end kvinder. Det gælder især i situationer, hvor familiemedlemmer har brug for støtte, hvor man har problemer med at komme på arbejde på grund af manglende tilbud i daginstitution eller offentlig transport, eller hvor man har fået for lidt søvn.

Kvinder accepterer i større omfang sygefravær, når man er forkølet med lav feber eller bliver mobbet på arbejdspladsen.

Unge accepterer i langt større omfang sygefravær end andre. Det gælder især i situationer, hvor man har problemer med at komme på arbejde på grund af manglende tilbud i daginstitution eller offentlig transport, hvor man føler sig stresset på jobbet eller har nære familiemedlemmer med brug for støtte.

Der er en bredere accept af sygemeldinger i det offentlige end i den private sektor. De offentlige ansatte har især større accept overfor sygemeldinger i situationer, hvor man føler sig mobbet på arbejdet, har forkølelse med lav feber, føler ubehag på grund af stress på jobbet eller har nære familiemedlemmer med brug for støtte.

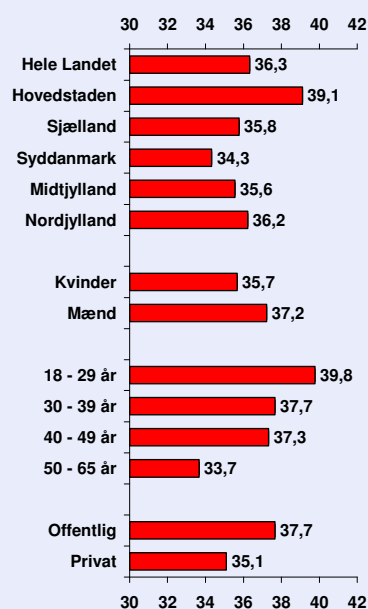
⁴¹ F.eks har danskerne de mest liberale holdninger til sygemeldinger blandt befolkningerne i de nordiske lande, men samtidig et lavere sygefravær end befolkningen i de andre nordiske lande. Ligeledes accepterer mænd i større grad end kvinder sygefravær, selv om de har et lavere sygefravær.

⁴² Jf. Nordisk Ministerråd (2007).

Holdninger til sygefravær

- Der er gennemført en kortlægning af holdningerne til sygefravær i de nordiske lande. I undersøgelsen er bl.a. afdækket i hvilket omfang lønmodtagerne finder det acceptabelt, at man i forskellige situationer melder sig syg.
- Undersøgelsen viser, at danskerne oftere accepterer, at man melder sig syg i forskellige situationer, end lønmodtagerne i de øvrige nordiske lande.

I hvilket omfang accepterer lønmodtagere i Danmark, at man sygemelder sig i bestemte situationer?



Kilde: Egne beregninger på baggrund af Nordisk Ministerråd (2007)

4. Hvilke sygdomme har de sygemeldte?

Der findes ingen central registrering af diagnoser for sygemeldte i Danmark, og de tilgængelige sygedagpengeregistre indeholder ikke oplysninger om diagnose. Der er dog via særundersøgelser tilvejebragt viden om, hvad sygedagpengemodtagerne fejler.

I hovedtræk viser analysegangen følgende resultater:

- De sygemeldte kan ofte have kombinerede diagnoser, og de sygemeldte kan få yderligere lidelser hen over sygdomsforløbet. Isoleret set tegner lidelser i bevægeapparatet og psykiske lidelser sig for hovedparten af de kategoriserede diagnoser:
 - Lidelser i bevægeapparatet (ca. 30 pct.)
 - Psykiske lidelser (ca. 30 pct.)
 - Andre fysiske sygdomme, bl.a. kredsløbssygdomme (ca. 21-23 pct.)
 - Læsioner, bl.a. knoglebrud (ca. 15-18 pct.)
- Flere grupper på arbejdsmarkedet rammes oftere af psykiske lidelser end andre.
 - Kvinder
 - Unge under 30 år
 - Personer med mellemlang videregående uddannelse
 - Offentlige ansatte
 - Dagpengemodtagere
- Følgende grupper har oftere lidelser i bevægeapparatet end andre:
 - Mænd
 - Personer med ikke-vestlig baggrund
 - Personer uden kompetencegivende uddannelse
 - Personer med erhvervsuddannelse
 - Private ansatte.
- Flere grupper på arbejdsmarkedet rammes oftere af kronisk stress end andre:
 - Kvinder
 - Personer mellem 25 og 44 år
 - Personer med lang videregående uddannelse
 - Selvstændige med ansatte
 - Topledere og højtplacerede funktionærer
 - Personer i hovedstadsområdet og på Sjælland.
- I visse brancher er sygdomsbilledet domineret af lidelser i bevægeapparatet og læsioner:
 - Transport
 - Post og tele
 - Bygge og anlæg
 - Rengøring
 - Industri
- Derimod dominerer psykiske lidelser inden for:
 - Undervisning
 - Sociale institutioner
 - Finansiering.

I den gennemgåede litteratur tegner der sig følgende billede af diagnoserne blandt sygemeldte:

- Ca. 30 pct. af de kategoriserede diagnoser kan betegnes som lidelser i bevægeapparatet. Det drejer sig især om nakke-, skulder- og rygproblemer.
- Ca. 30 pct. af de kategoriserede diagnoser kan kategoriseres som psykiske lidelser. Der er især tale om depression, stress og nervøse tilstande.
- Ca. 15-18 pct. af de kategoriserede diagnoser omhandler læsioner, f.eks. knoglebrud, hjernerystelser, piskesmæld mv.
- Ca. 21-23 pct. af de kategoriserede diagnoser kan betegnes som andre fysiske sygdomme. Der er især tale om kræft, hjertekarsygdomme, sygdomme i åndedræts- eller fordøjelsesorganer, epilepsi mv.

På tværs af undersøgelserne udgør lidelser i bevægeapparatet og psykiske lidelser hver især ca. 30 pct. af de kategoriserede diagnoser, og dermed tegner de sig til sammen for hovedparten af sygemeldingerne.

Blandt de øvrige diagnoser er det mest udbredt at lide af læsioner, f.eks. knoglebrud, piskesmæld mv. (15 pct.). Desuden har mange svulster (8 pct.) eller sygdomme i kredsløbsorganer, f.eks. hjertekarsygdomme (7 pct.).

En række diagnoser fylder mindre:

- Sygdomme i sanser og nervesystem, f.eks. epilepsi, lammelse (4 pct.)
- Sygdomme i fordøjelsesorganer (3 pct.)
- Køns- og hudsygdomme (2 pct.)
- Stofskiftesygdomme, f.eks. sukkersyge, fedme (1 pct.)
- Sygdomme i åndedrætsorganer, f.eks. astma, lungebetændelse (1 pct.)

Sygefravær og diagnoser

I den gennemgåede litteratur er der tale om tre undersøgelser, der kategoriserer diagnoser for sygemeldte på baggrund af surveys.

Sygefraværet fordelt på diagnosegrupper

	Diagnoser (pct.)		
	(A)	(B)	(C)
Bevægeapparat	30	29	31
Psykiske	29	35	30
Læsioner mv.	18	15	18
Andre fysiske	23	21	21
<i>Antal i alt</i>	<i>655</i>	<i>802</i>	<i>603</i>

(A) SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2008). Survey fra 2006. I ovenstående opgørelse er bortset fra ikke-kategoriserede sager og sager med flere diagnoser (ca. 130 sager).

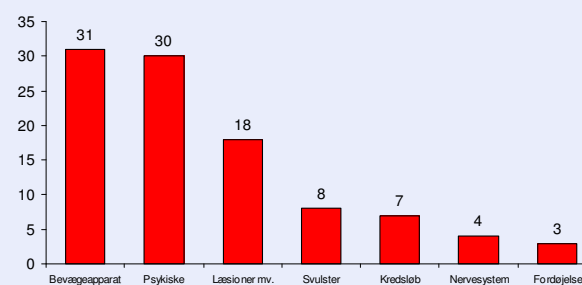
(B) Egne beregninger på baggrund af undersøgelse blandt 800 sygemeldte. Survey fra 2008.

(C) Beskæftigelsesministeriet (2008) på baggrund af SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Survey fra 2007. I ovenstående opgørelse er bortset fra ikke-kategoriserede sager og sager med flere diagnoser (ca. 150 sager).

Sygefravær og diagnoser

I Beskæftigelsesministeriet (2008) er sygefraværet fordelt på diagnoser - baseret på 603 kategoriserede sygedagpengesager.

Sygefraværet fordelt på diagnoser (pct.), 2007^{A)}



Kilde: Beskæftigelsesministeriet (2008) på baggrund af SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Der er bortset fra ikke-kategoriserede sager og sager med flere diagnoser (ca. 150 sager).

4.1. Hvilke diagnoser har forskellige grupper på arbejdsmarkedet?

Der er store variationer i sammensætningen af diagnoser for de forskellige grupper på arbejdsmarkedet. Det er især tegn på, at køn og alder har betydning for, hvad man fejler som sygedagpengemodtager.

Køn, alder og herkomst:

Hos mænd er der oftest tale om lidelser i bevægeapparatet (45 pct.), mens der blandt kvinderne oftest er tale om psykiske lidelser (42 pct.). Der er en større andel kredsløbssygdomme mv. hos mænd (30 pct.) end kvinder (23 pct.)

Blandt de unge under 30 år er der oftest tale om psykiske lidelser (ca. 50 pct.), mens der blandt de ældre over 60 år oftest er tale om andre fysiske sygdomme (54 pct.). Andelen af psykiske lidelser aftager med alderen, mens andelen af andre fysiske sygdomme stiger med alderen.

Personer med ikke-vestlig baggrund har oftere lidelser i bevægeapparatet eller læsioner (51 pct.) end personer med dansk baggrund (38 pct.). Andelen med psykiske lidelser og andre fysiske sygdomme er mindre blandt ikke-vestlige personer end blandt personer med dansk baggrund. Forskellene afspejler formentlig i nogen udstrækning, at der er tale om forskellige aldersprofiler.

Uddannelse og arbejdsmarkedsstatus:

Andelen med lidelser i bevægeapparatet og læsioner er størst hos personer med grundskoleuddannelse eller erhvervsuddannelse (ca. 50 pct.).

Derimod dominerer de psykiske lidelser hos personer med mellemlang videregående uddannelse (52 pct.). Det afspejler bl.a., at pædagoger og folkeskolelærere indgår i gruppen.

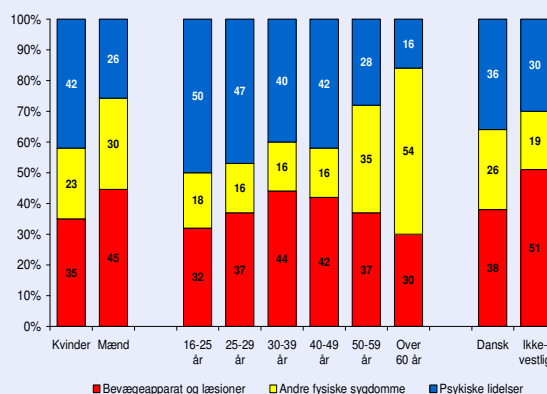
Blandt akademikerne er de tre diagnosegrupper næsten lige store.

Blandt dagpengemodtagerne er der især tale om psykiske lidelser (50 pct.). De offentlige ansatte har i højere grad psykiske lidelser (42 pct.) og i mindre grad lidelser i bevægeapparatet (33 pct.) end private ansatte.

Diagnoser fordelt på køn, alder og herkomst

På baggrund af en survey fra 2008 er sygedagpengemodtagernes diagnoser fordelt på køn, alder og herkomst.

Sygedagpengemodtagernes diagnoser fordelt på køn, alder og herkomst, 2008^{A)}

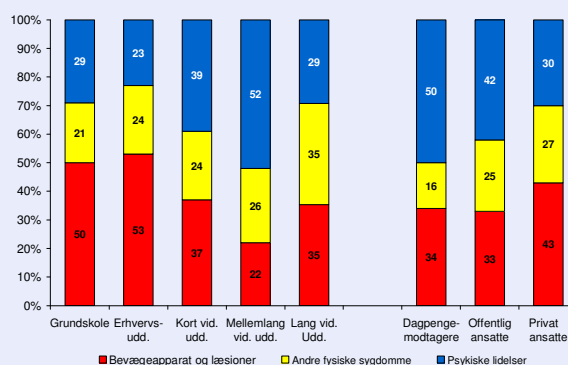


Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra undersøgelse blandt ca. 800 sygedagpengemodtagere. Survey fra 2008.

Diagnoser fordelt på uddannelse og arbejdsmarkedsstatus

På baggrund af en survey fra 2008 er sygedagpengemodtagernes diagnoser fordelt på uddannelse og arbejdsmarkedsstatus.

Sygedagpengemodtagernes diagnoser fordelt på uddannelse og arbejdsmarkedsstatus, 2008^{A)}



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra undersøgelse blandt ca. 800 sygedagpengemodtagere. Survey fra 2008.

4.2. Hvilke diagnoser findes i de enkelte brancher?

I en analyse af sygefraværet i er sammenhængen mellem brancher og diagnoser undersøgt. I undersøgelsen er samtlige ca. 750 sygedagpengesager i kommunen fordelt på brancher og diagnoser.

Undersøgelsen viser, at der er stor variation i diagnoserne fordelt på brancher. I en række brancher er diagnoserne domineret af bevægeapparatlidelser og læsioner, herunder bl.a. diskusprolaps, piskesmældsskade, knoglebrud, nakke- og skulderproblemer, slidgigt mv. Det gælder især følgende brancher:

- Transport, post og tele
- Bygge og anlæg
- Rengøring
- Industri

I en række brancher er diagnoserne domineret af psykiske lidelser, herunder stress, angst, depression mv.:

- Undervisning
- Sociale institutioner
- Finansiering

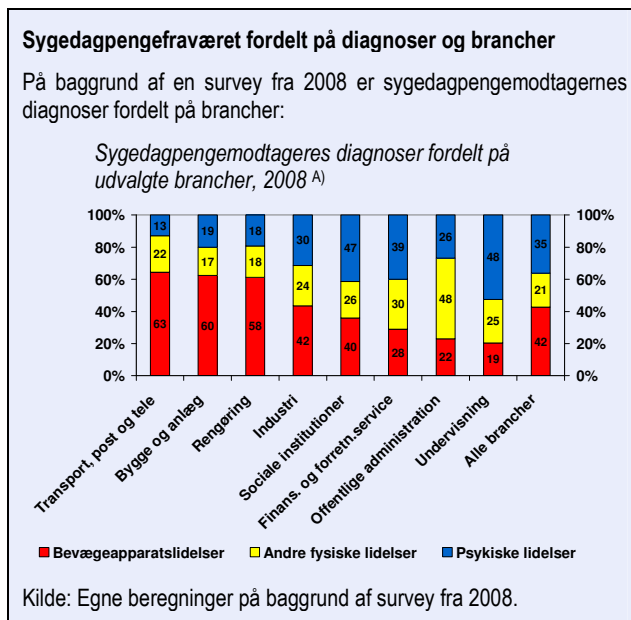
Inden for offentlig administration består næsten halvdelen af diagnoserne i andre fysiske lidelser, herunder bl.a. hjertekarsygdomme, lungesygdomme, blodpropper, kræft, sclerose, allergi, graviditetsproblemer, mv.

4.3. Hvornår bliver stress til sygdom?

Alle kan få stress - og mange får det. Der tales om, at stress er blevet den nye folkesygdom, og andelen af stressede personer i Danmark varierer efter opgørelsesmetoden fra ca. 10 pct. til over 60 pct.

Der er i faglitteraturen enighed om, at stress ikke er en sygdom, men at man kan blive syg af stress. Det gælder især personer, som over en længere periode føler sig stresset og kan betegnes at have kronisk stress. Den kroniske stress kan føre til kriser, depression, mavesår, sygdomme i hjertekar eller bevægeapparatet.⁴³

Stress er en reaktion på en belastning i omgivelserne, der skærper sanserne og forsøger at få os til at fungere normalt eller at imødekomme belastningen.



⁴³ Jf. Videnscenter for Arbejds miljø (2006) og Statens Institut for Folkesundhed (2008)

Omvendt har længerevarende eller kronisk stress en negativ påvirkning på arbejdsevnen eller lysten til at arbejde og udgør en vigtig kilde til langtidssygdom, udstødning og førtidspension.⁴⁴

Det er forskelligt fra person til person, om man bliver syg af stress. Det afhænger bl.a. af, hvor meget og hvor længe man udsættes for en belastning, hvordan man oplever belastningen, og hvilke personlige ressourcer man har til at tackle belastningen.

Hvilke faktorer i arbejdsmiljøet udløser stress?

- Ca. 10-12 pct. af de erhvervsaktive har kronisk stress, og denne andel er svagt stigende.
- Siden slutningen af 1980'erne er andelen af stressramte steget fra ca. 6 pct. til ca. 10-12 pct.

De vigtigste faktorer, der giver stress:

1. Manglende indflydelse på eget arbejde
2. Manglende oplevelse af mening i arbejdet
3. Uforudsigelighed i arbejdet
4. Manglende social støtte på arbejdspladsen
5. Manglende belønning
6. Høje kvantitative eller kvalitative krav

Videnscenter for Arbejdsmiljø (2006)

Alligevel har nogle grupper oftere kronisk stress end andre:⁴⁵

- Kvinder har oftere kronisk stress end mænd, uanset aldersgruppe.
- Personer mellem 25 og 44 år har oftere kronisk stress end andre aldersgrupper.
- Personer med lang uddannelse har oftere kronisk stress end andre, uanset køn eller alder.
- Selvstændige med ansatte har oftere kronisk stress end andre grupper på arbejdsmarkedet (gælder ikke selvstændige uden ansatte).
- Topledere og højtplacerede funktionærer har ofte kronisk stress.
- Ikke-faglærte har i mindre grad kronisk stress end de øvrige grupper på arbejdsmarkedet.
- Personer i hovedstadsområdet og på Sjælland har oftere kronisk stress end personer på Fyn og i Jylland. Nordjyderne er mindst stressede.

Hvem får stress og hvilken type stress?

Der findes tre forskellige stressformer:

- Den traditionelle stress forårsages af bl.a. højt tempo, ensformigt arbejde, lav indflydelse, få udviklingsmuligheder. Den traditionelle stress rammer bl.a. slagteriarbejdere, kasseassistenter, chauffører og rengøringspersonale.
- Stress i forbindelse med klientarbejde forårsages af bl.a. uklare krav, stort arbejdspress, følelsesmæssige krav, konflikter, vold, chikane, vanskelige klienter. Denne type stress rammer bl.a. socialrådgivere, lærere, sygeplejersker, hjemmehjælpere og sosu-assistenter.
- Stress som følge af grænseløst arbejde forårsages bl.a. af uendelige krav, uklar grænse til fritiden, familie-arbejdsproblemer, manglende forudsigelighed, individualisering af krav og løsninger. Det rammer bl.a. ansatte inden for IT, medier, reklame, management og dele af den offentlige sektor.

Kilde: Videnscenter for Arbejdsmiljø (2006)

⁴⁴ Jf. Lander m.fl. (2006)

⁴⁵ Jf. Statens Institut for Folkesundhed (2008)

5. Sygefravær i brancher og jobfunktioner

Risikoen for sygefravær afhænger af hvilke påvirkninger fra arbejdsmiljøet, man udsættes for i det daglige arbejde. Forskningen peger på, at knap 40 pct. af det samlede sygefravær kan tilskrives belastninger fra arbejdsmiljøet.⁴⁶

I hovedtræk viser analysegangen følgende resultater:

- Påvirkningerne fra arbejdsmiljøet er meget forskellige i de enkelte brancher og jobfunktioner, og risikoen for sygefravær varierer derfor bl.a. afhængig af, hvor man arbejder.
- Brancher med følgende jobfunktioner forventes at have et højt sygefravær: Færdiggørelsesarbejde (malearbejde, gulvlægning mv.), rengøring, vaskeri og renseri, fjerkræsslakteri, fiske- og foderfabrik, svine- og kreaturslagteri, fiskeri, bugsering og redningsvæsen samt hjemmepleje og døgninstitution mv.
- Udbredelsen af påvirkninger fra det fysiske arbejdsmiljø er aftagende, mens de psykosociale påvirkninger fra arbejdsmiljøet er stigende.
- Følgende fysiske påvirkninger fra arbejdsmiljøet øger sygefraværet: løft/flytninger, kraftigt bøjet ryg/nakke, stående/gående arbejde samt træk/skub af personer eller genstande. Desuden øger en række psykosociale påvirkninger fra arbejdsmiljøet sygefraværet: Rollekonflikter, manglende belønning, følelsesmæssige krav, krav om at skjule følelser, manglende indflydelse på eget arbejde samt uforudsigelighed i arbejdet.
- Påvirkningerne fra arbejdsmiljøet kan forklare en væsentlig del af sygefraværet blandt forskellige grupper på arbejdsmarkedet. Arbejdsmiljøet kan forklare ca. 49 pct. af sygefraværet blandt ikke-faglærte, ca. 45 pct. af sygefraværet blandt faglærte og ca. 22-35 pct. af sygefraværet blandt funktionærer.

5.1. Hvilke faktorer i arbejdsmiljøet påvirker sygefraværet?

Både det fysiske og psykiske arbejdsmiljø har indflydelse på sygefraværet. De mest udbredte påvirkninger blandt lønmodtagerne er:⁴⁷

- Højt arbejdstempo
- Manglende indflydelse på eget arbejde
- Manglende ledelseskvalitet
- Stor arbejdsmængde
- Manglende anerkendelse fra samfundet
- Påvirkning af privatliv
- Siddende arbejde
- Høj støj
- Følelsesmæssige krav

Over de senere år har påvirkningerne fra arbejdsmiljøet ændret sig. Det skyldes bl.a. teknologiske forbedringer, nye arbejdsmetoder, branchemæssige forskydninger, travlhed på arbejdsmarkedet, flere individuelle krav på jobbet mv.

⁴⁶ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2003)

⁴⁷ Jf. Arbejdsmiljøinstituttet (2006)

Der er fra 2000 til 2005 sket følgende negative ændringer i arbejdsmiljøet:¹⁸

- Flere udsættes for støj
- Flere møder krav om højt arbejdstempo
- Flere oplever følelsesmæssige krav
- Flere oplever krav om stor arbejdsmængde

Omvendt er der også sket en række forbedringer af arbejdsmiljøet:

- Flere har indflydelse på eget arbejde
- Flere får social støtte fra arbejdsgiver
- Flere oplever gode fremtidsudsigter
- Færre udsættes for tunge løft og belastende arbejdsstillinger

Med andre ord har udviklingen på arbejdsmarkedet over de senere år medført både positive og negative ændringer af arbejdsmiljøet. Der kan spores en tendens til, at udbredelsen af de fysiske risikofaktorer er aftagende, mens de psykosociale risikofaktorer er stigende. Dette billede understøttes bl.a. af, at antallet af kronisk stressramte er stigende, jf. afsnit 4.3.

Følgende fysiske påvirkninger øger risikoen for sygefravær:⁴⁸

- Løft/flytninger
- Kraftigt bøjet ryg/nakke
- Stående/gående arbejde
- Træk/skub

Herudover øger følgende psykosociale påvirkninger sygefraværet:

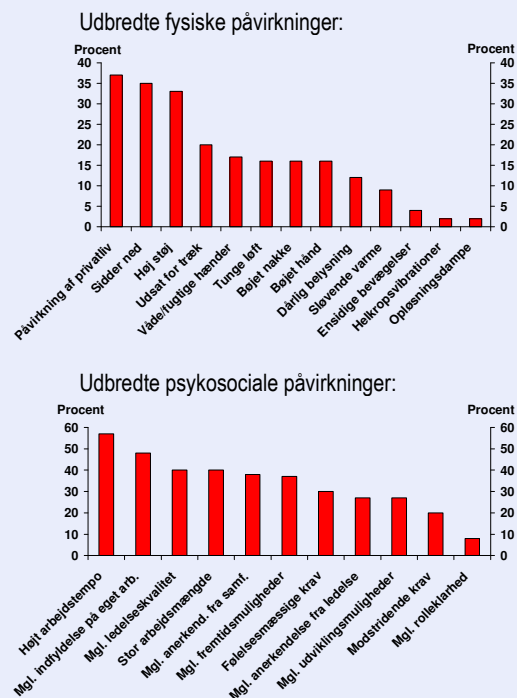
- Rollekonflikter
- Manglende belønning
- Følelsesmæssige krav
- Krav om at skjule følelser
- Manglende indflydelse på eget arbejde
- Uforudsigelighed i arbejdet

De fysiske og psykosociale faktorer kan i samspil øge risikoen for sygefravær. Som nævnt ovenfor er det f.eks. påvist, at kvinder, der i udførelsen af arbejdet har en kombination af belastende arbejdsstillinger og høje følelsesmæssige krav, har øget risiko for langvarigt sygefravær.⁴⁹

Samtidig er der risiko for, at fysisk sygdom med tiden kan medføre psykiske problemer i form af bl.a. stress eller depression.⁵⁰

Udbredte påvirkninger fra arbejdsmiljøet

I en undersøgelse blandt 10.000 lønmodtagere er følgende andele udsat for forskellige negative påvirkninger fra arbejdsmiljøet:



Kilde: Egen bearbejdning baseret på Arbejdsmiljøinstituttet (2006)

⁴⁸ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007a)

⁴⁹ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007a)

⁵⁰ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008)

5.2. Hvilke faggrupper har de højeste belastninger?

Som belyst ovenfor er sygefraværet højere blandt de kortest uddannede på arbejdsmarkedet. Det hænger bl.a. sammen med livsstil (f.eks. motion, kost, sundhed mv.) og arbejdsmiljø. Ifølge forskningen er en væsentlig del af forklaringen, at de kortest uddannede oftere udsættes for belastninger fra arbejdsmiljøet.

Således kan arbejdsmiljøet forklare ca. 49 pct. af sygefraværet blandt ikke-faglærte, ca. 45 pct. af sygefraværet blandt faglærte og ca. 22-35 pct. af sygefraværet blandt funktionærer⁵¹.

Det illustreres bl.a. af, at de mest udsatte faggrupper med hensyn til arbejdsmiljø findes blandt ikke-faglærte og faglærte.

I job med fysiske belastninger (dvs. løftarbejde, tungt eller hurtigt arbejde) findes især håndværkere men også postbude og dagplejere.

I mange job er der risiko for nedslidning som følge af fysisk belastninger. Der kan sondres mellem job, hvor nedslidningen er en følge af hhv. træk og skub, løftede arme samt stillestående arbejde. En række job indebærer i særlig høj grad træk og skub af genstande eller personer, og det omfatter især rengøringsassistenter, personale i plejesektoren samt reddere.

Arbejde med løftede arme finder især sted inden for metalindustrien og byggebranchen og omfatter især bygningsarbejdere, lærlinge, mekanikere samt blikkenslagere. De fleste job, som indebærer stillestående arbejde, findes i industrien (bl.a. slagteriarbejdere, pakkere og tapperiarbejdere) og i visse servicefag (frisører).

Inden for den offentlige service udsættes en række faggrupper for følelsesmæssige belastninger - enten i selve arbejdet eller i arbejdsmiljøet. Det omfatter især socialrådgivere, folkeskolelærere, plejepersonale (hospital) og pædagoger (døgninstitution).

Lav jobtilfredshed kan udover fysiske og psykiske belastninger i arbejdet dække over en række andre faktorer som eksempelvis lav indflydelse på arbejdet, lav grad af meningsfyldt arbejde eller dårlige udviklingsmuligheder.

De mest utilfredse i jobbet er slagteriarbejdere, postbude, bygningsarbejdere samt serveringspersonale.⁵²

Hvilke faggrupper er mest udsat for belastninger fra arbejdsmiljøet?

Brancher med følgende jobfunktioner har de højeste belastninger:

Fysiske belastninger:

- Bygningsarbejdere
- Tømrere/snedkere
- Postbude
- Blikkenslagere
- Brandfolk

Følelsesmæssige belastninger

- Socialrådgivere
- Folkeskolelærere
- Plejepers., hospital
- Pædagoger, døgninst.
- Sygeplejersker

Lav jobtilfredshed

- Slagteriarbejdere
- Postbude
- Bygningsarbejdere
- Serveringspersonale
- Fysio- og ergoterapeu.

Nedslidning – Træk og skub

- Rengøringsassistenter
- Dagplejere
- Plejehjems-personale
- Reddere
- Hjemmeplejere

Nedslidning – Løftede arme

- Bygningsarbejdere
- Lærlinge, fremstilling
- Mekanikere
- Blikkenslagere
- Pakkere, tapperiarb.

Nedslidning – Stillestående arbejde

- Slagteriarbejdere
- Frisører
- Pakkere, tapperi
- Maskinarbejdere
- Nærings- og nyd.mid.

Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2007d) baseret på Arbejdsmiljøinstituttet (2006), jf. årlig stikprøvebaseret undersøgelse om arbejdsforhold og helbred (Den Nationale Arbejdsmiljøkohorte 2005)

⁵¹ Jf. Arbejdsmiljøinstituttet (2003)

⁵² Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2007d) belyser en række andre faktorer, der kan påvirke arbejdsmiljøet negativt. Det gælder bl.a. krav om højt tempo, stor arbejdsmængde samt udbrændthed.

5.3. Hvilke brancher er særlig udsat for sygedagpengefravær?

Som følge af forskellige påvirkninger fra arbejdsmiljøet er lønmodtagere inden for visse brancher og jobfunktioner særligt udsatte for sygedagpengefravær. Den forventede sygdomsperiode for personer, der bliver syge, afhænger således af, hvor personen er ansat og i hvilken stilling.

I den gennemgåede faglitteratur er identificeret en række brancher med højt sygefravær. Beskæftigede inden for brancher med følgende jobfunktioner forventes at have et højt sygefravær:⁵³

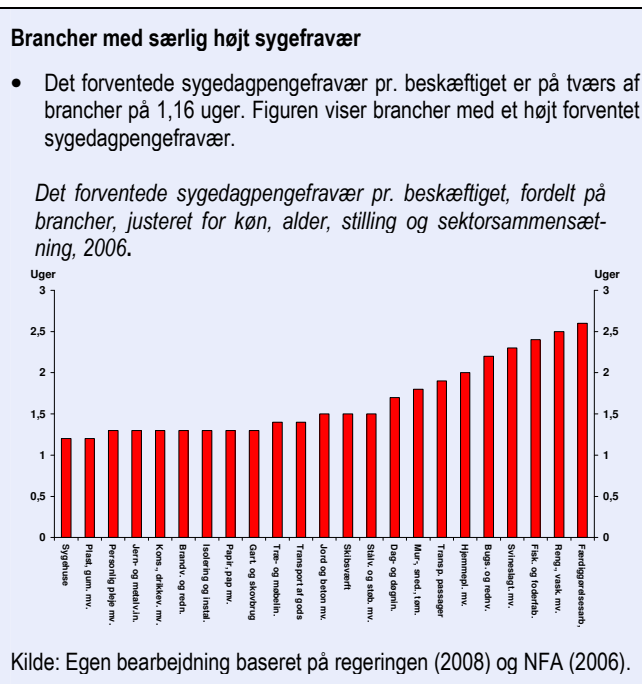
- Færdiggørelsesarbejde (bl.a. malearbejde, gulvlægning)
- Rengøring, vask. og renseri
- Fjerkræsslakteri
- Fiske- og foderfabrik
- Svine- og kreaturslagteri
- Fiskeri, bugsering og redningsvæsen 1/2
- Hjemmepleje og døgninst.
- Transport af passagerer
- Murer, snedker og tømrerforretning
- Dag- og døgninst. for unge
- Metal-, stålværk. og støberi
- Skibsværft
- Jord, beton og belægning
- Transport af gods

Regionale analyser om sygefravær bekræfter, at ovennævnte brancher er særligt udsatte for højt sygefravær.

Karakteren af sygefraværet varierer i de enkelte brancher. Det kommer til udtryk ved, at man i nogle brancher har højere risiko for sygefravær, mens man i andre brancher har højere risiko for, at sygefraværet bliver langvarigt.

I Østdanmark er følgende brancher kendetegnet ved at have langvarigt sygefravær:⁵⁴

- Fiskeri
- Råstofudvinding
- Rengøring
- Finansiering
- Post- og tele
- Kemisk og plastindustri
- Undervisning
- Offentlig administration
- Sociale institutioner



⁵³ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2006)

⁵⁴ Jf. BR Hovedstaden & Sjælland (2007)

I Syddanmark findes det længste sygefravær i følgende brancher:⁵⁵

- Undervisning
- Fødevarerindustri
- Offentlig administration
- Sociale institutioner

I Midtjylland har følgende brancher de længste sygeperioder⁵⁶:

- Offentlig administration
- Undervisning
- Fødevarerindustri
- Transport, post og tele

Karakteren af sygedagpengefraværet i brancherne		
I Østdanmark inddeles brancherne efter sygedagpengefraværets karakter. I den første kategori har de nævnte brancher både mange berørte sygedagpengemodtagere og lange sygedagpengeforløb. I den anden kategori har de nævnte brancher relativt mange berørte, men korte forløb. I den tredje kategori har brancherne få berørte, men lange forløb.		
Brancher med mange berørte (13-17 pct.) og lange forløb (65-75 dage)	Brancher med mange berørte (13-22 pct.) og korte forløb (40-60 dage):	Brancher med få berørte (6-11 pct.) og lange forløb (70-75 dage):
<ul style="list-style-type: none"> • Fødevarerindustri • Transport • Sociale institutioner 	<ul style="list-style-type: none"> • Tekstilindustri • Sten-, ler- og glasindustri • Jern og metal • Møbelindustri • Bygge og anlæg • Sundhed 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiskeri • Råstofudvinding • Kemisk/plastindustri • Post- og tele • Finansiering • Forretningsservice • Off. administration • Undervisning
Kilde: BR Hovedstaden og Sjælland (2007)		

⁵⁵ Jf. BR Syddanmark (2008)

⁵⁶ Jf. BR Midtjylland (2007)

6. Afgang fra og tilbagefald til sygedagpenge

Der er mange bevægelser på det danske arbejdsmarked, og mange berøres i løbet af året af en sygemelding i kortere eller længere tid. De fleste har kortvarige sygemeldinger, andre har lange sygemeldinger. Desuden har mange tilbagefald til sygefravær efter raskmelding.

I hovedtræk viser analysegennemgangen følgende resultater:

- Afgangssandsynligheden falder markant efter de første 8 uger på sygedagpenge, og efter 20 uger er afgangen konstant på 31-35 pct.
- Hver sjette raskmeldte overgår til førtidspension efter 1 år på sygedagpenge.
- Ikke-faglærte har markant større risiko end andre uddannelsesgrupper for at overgå fra sygedagpenge til førtidspension.
- Sandsynligheden for at overgå til ordinær beskæftigelse er større for sygemeldte, der deltager i delvise raskmeldinger.
- Ca. 60 pct. af de sygemeldte får tilbagefald til sygedagpenge inden for et år. Det høje tilbagefald er dog domineret af mange korte forløb, herunder forløb for kronisk syge og personer i fleksjob. Når der ses bort fra de korte forløb under 4 uger, er der tale om, at ca. en femtedel af de raskmeldte får tilbagefald til sygedagpenge.

6.1. Hvor stor er sandsynligheden for at afgang fra sygedagpenge?

Der er stor sandsynlighed for, at personer, der afgang fra sygedagpenge, hurtigt kommer i job igen.

Sandsynligheden for at afgang fra sygedagpenge falder i takt med længden af perioden, hvor man modtager sygedagpenge.

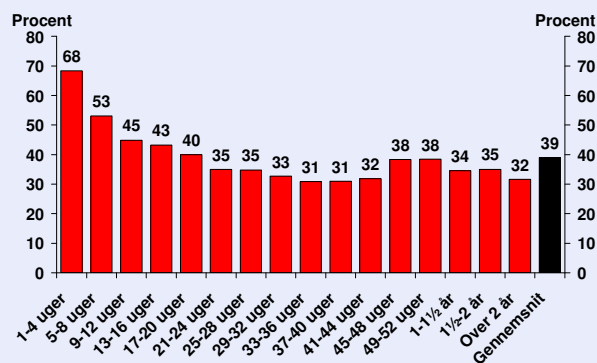
Det illustreres af, at sandsynligheden for at forlade sygedagpenge inden for det kommende kvartal er på ca. 68 pct. for personer, der har modtaget sygedagpenge i 1-4 uger, og på ca. 48 pct. for personer, der har modtaget sygedagpenge i 9-12 uger. Herefter ligger sandsynligheden på 31-36 pct.

Der er tegn på, at afgangssandsynligheden stiger umiddelbart før 52 uger. Det kan indikere, at der er ekstra fokus på opfølgning på dette tidspunkt, hvor den statslige refusion bortfalder, eller at flere går i arbejde, inden de mister deres sygedagpenge.

Sandsynligheden for at forlade sygedagpenge

- Sandsynligheden for at forlade sygedagpenge inden for et kvartal er på 68 pct. for personer, der har modtaget sygedagpenge i 1-4 uger. Efter 5-8 uger er sandsynligheden faldet til 53 pct. For personer, der har været på sygedagpenge i over 20 uger, er afgangssandsynligheden relativt konstant (31-35 pct.).

Sygedagpengemodtagere ved starten af 2. kvartal 2008 og andelen der i løbet af 2. kvartal 2007 afgik fra sygedagpenge



Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2007d) på baggrund af IDA

6.2. Hvortil afgår sygedagpengemodtagerne?

Jo længere tid man er syg, desto sværere er det at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Kun lidt over halvdelen af de personer, der har været på sygedagpenge i over 13 uger, vender tilbage til beskæftigelse det efterfølgende år. Samtidig er det kun knap en fjerdedel af de personer, der har været på sygedagpenge i 52 uger, der vender tilbage til beskæftigelse efter ét år.⁵⁷

Længerevarende sygefravær øger dermed risikoen for at blive udstødt fra arbejdsmarkedet.

At et længerevarende sygeforløb kan være vejen ud af arbejdsmarkedet for mange sygemeldte illustreres af den andel, der overgår til førtidspension.

Af de personer, der i 2005 var på sygedagpenge, overgik ca. 15 pct. i 2006 til førtidspension.⁵⁸

Overgang til beskæftigelse og udstødning fra arbejdsmarkedet

- Efter 13. uger på sygedagpenge vender 57 pct. tilbage til beskæftigelse det efterfølgende år.
- Efter 52 uger på sygedagpenge vender kun 25 pct. tilbage til beskæftigelse efter ét år.

Beskæftigelses- og udstødningsgrad for sygemeldte, 2004.

Uger	Andel i beskæftigelse efter ét år (pct.)	Udstødningsgrad (pct.)
1. uge	84,2	15,8
5. uge	73,3	26,7
13. uge	56,7	43,3
26. uge	40,5	59,5
52. uge	24,8	75,2
78 uge	17,2	82,8

Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2007a) baseret på Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM

6.3. Hvad betyder delvise raskmeldinger for afgang?

Delvise raskmeldinger kan være et vigtigt redskab til at sikre, at sygemeldte vender tilbage til beskæftigelse. Formålet er, at den sygemeldte kan vende tilbage til arbejdsmarkedet og genindsluses i et tempo og med arbejdsfunktioner, der passer til den enkeltes sygdom.

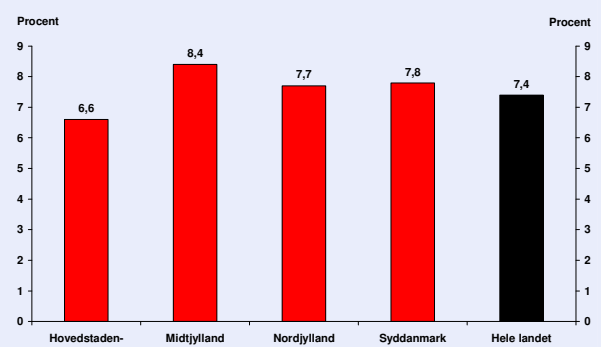
Siden 2002 er der på landsplan sket over en fordobling i brugen af delvise raskmeldinger.⁵⁹ Delvise raskmeldinger bruges dog i forskelligt omfang i jobcentre. Jobcentre i Østdanmark anvender i mindre grad delvise raskmeldinger end resten af landet.

Delvise raskmeldinger og en tilbagevenden til arbejdsmarkedet har vist sig gavnligt for personer med muskel- og skeletproblemer. For sygemeldte med stress har en kombination af medicinsk behandling, samtalerterapi og dialog med arbejdspladsen haft gode effekter, jf. kapitel 7.

Anvendelsen af delvise raskmeldinger

- På landsplan anvendes delvise raskmeldinger i 7,4 pct. af sygdomsforløbene. Anvendelsen af delvise raskmeldinger er højest i Midtjylland og mindst i Østdanmark.

Brugen af delvise raskmeldinger i sygedagpengeindsatsen



Kilde: Jobindsats.dk og egne beregninger

⁵⁷ Anm.: Tallene er beregnet på baggrund af dem, som tidligere havde beskæftigelse som dominerende ydelse. For personer, der kommer fra ledighed, udstødes en endnu større andel fra arbejdsmarkedet. (Arbejderbevægelsens Erhvervsråd 2007a)

⁵⁸ Jf. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2007a)

⁵⁹ Jf. Beskæftigelsesministeriet (2008)

Sandsynligheden for at blive selvforsørgende er større for delvise raskmeldinger efter den 13. uge. Før den 13. uge har de fuldtidssyge større sandsynlighed for at overgå til fuldtidsbeskæftigelse, hvilket hænger sammen med, at disse forløb ofte er korte og ukomplicerede sygdomsforløb.⁵²

Der er ikke i sig selv tegn på, at delvise raskmeldinger forlænger sygdomsforløbet, når de anvendes til personer med sygdomsforløb af en vis varighed.

Derimod er personer med delvise raskmeldinger mere selvforsørgende efter sygeperioden end fuldtidssyge. Det kan bl.a. hænge sammen med at personer med delvis raskmelding ikke har så komplicerede diagnoser som de fuldtidssyge.⁶⁰

Der er således tegn på, at brugen af delvise raskmeldinger kan være en hurtigere vej tilbage til arbejdsmarkedet for mange sygemeldte.

Omvendt er der dokumentation for, at sygemeldte med psykiske sygdomme sjældnere kommer tilbage til beskæftigelse hos den arbejdsgiver, de blev sygemeldt fra, men oftere kommer i beskæftigelse hos en ny arbejdsgiver.⁶¹ Det kan indikere, at vejen tilbage til arbejdsmarkedet for nogle sygemeldte kan gå via nye arbejdsomgivelser, og at der ved brug af delvise raskmeldinger i disse tilfælde bør tages højde herfor.⁶²

6.4. I hvilket omfang får sygedagpengemodtagerne tilbagefald?

Mange af de sygemeldte, der i en given periode har modtaget sygedagpenge, får tilbagefald efter deres raskmelding.

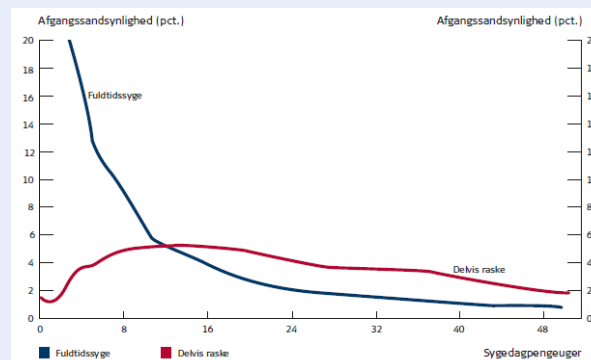
På landsplan er der tale om, at ca. 60 pct. af sygedagpengemodtagerne påbegynder et nyt sygedagpengeforløb inden for et år efter, at deres forrige sygdomsforløb blev afsluttet.

Ca. en femtedel vender tilbage til sygedagpenge inden for de første 4 uger efter raskmeldingen, og knap en tredjedel er efter 8 uger tilbage på sygedagpenge. Dermed sker halvdelen af tilbagefaldet inden for de første 8 uger efter raskmeldingen.

Afgangssandsynlighed for delvist raskmeldte og fuldtidssyge

- Efter de første 13 uger af sygdomsforløbet har delvist raskmeldte større chance for at overgå til fuldtidsbeskæftigelse end fuldtidssyge.
- Sandsynligheden for de to grupper tilnærmes i takt med sygeperiodens længde.

Sandsynlighed for at overgå til ordinær beskæftigelse blandt personer med delvise raskmeldinger og fuldtidssygemeldte personer



Kilde: Beskæftigelsesministeriet (2008)

⁶⁰ Det må forventes, at personer med delvise raskmeldinger er tættere på eller mere parate til arbejdsmarkedet end de fuldtidssygemeldte, hvilket i sig selv kan bidrage til den højere selvforsørgelsesgrad.

⁶¹ Jf. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2008).

⁶² Herudover kan delvise raskmeldinger være uegnede for sygemeldte med tungere psykiske lidelser, jf. bl.a. Lander m.fl. (2006).

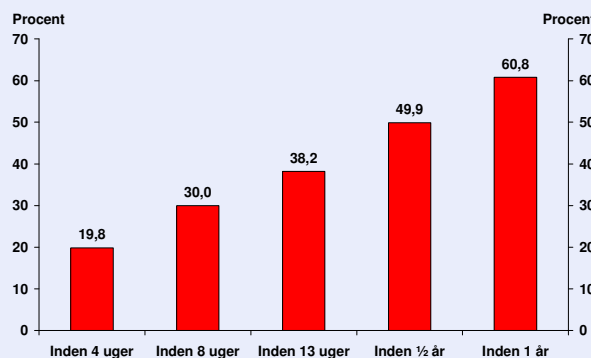
Det høje tilbagefald for sygedagpengemodtagere hænger bl.a. sammen med, at der er mange personer, som har korte, tilbagevendende sygeperioder, herunder bl.a. fleksjobansatte, kronisk syge og ledige. Dermed har mange ret til sygedagpenge fra 1. sygedag. Når korte perioder også giver ret til sygedagpenge, vil der være større sandsynlighed for at have flere forløb med sygedagpenge inden for et år.⁶³

Når der tages højde for, at korte perioder nu også giver ret til sygedagpenge, og der alene måles på længerevarende forløb (over 4 uger), vender ca. en femtedel af de raskmeldte tilbage til sygedagpenge inden for et år.⁶⁴

Tilbagefald til sygedagpenge

- 61 pct. af sygedagpengemodtagerne vender tilbage til sygedagpenge efter raskmelding. Halvdelen heraf er vendt tilbage inden for de første 8 uger.

Andel sygedagpengeforløb med tilbagefald fordelt på uger, 3. kvartal 2006 - 2. kvartal 2007.



Kilde: Jobindsats.dk og egne beregninger

Dermed er der – selv når de korte forløb udelades af opgørelsen – et stort tilbagefald til sygedagpenge.

⁶³ Jf. Beskæftigelsesministeriet (2008).

⁶⁴ Egne beregninger på baggrund af survey fra 2008. Der er målt på, om der inden for 52 uger har været tilbagefald til sygedagpenge af minimum 4 ugers varighed for personer, som afgik et sygdomsforløb af minimum fire ugers varighed (2 ugers arbejdsgiverbetalt sygdom og 2 ugers sygedagpenge for beskæftigede og 4 ugers sygedagpenge for ledige og personer beskæftiget i fleksjob). En afgang er defineret som fire følgende uger uden sygedagpenge.

7. Jobcentrenes indsats og resultater

I 2005 blev indført nye regler for indsatsen for sygemeldte. De nye regler sigter på at styrke opfølgningen på sygemeldinger og på at øge fastholdelsen af sygemeldte hos deres arbejdsgiver. Desuden sigter de nye regler på at styrke samspillet mellem jobcenter, virksomheder, læger og andre aktører.

I hovedtræk viser analysen følgende resultater:

- Jobcentrene har taget de nye elementer i sygedagpengeindsatsen til sig. Der er bl.a. sket en kraftig stigning i opfølgningssamtaler, visitationer, opfølgningsplaner og brug af delvise raskmeldinger.
- Inden for det seneste år har stort set alle jobcentre igangsat flere udviklingsaktiviteter i sygedagpengeindsatsen:
 - Næsten 90 pct. af jobcentrene udvikler og justerer interne arbejdsgange, processer og snitflader.
 - Ca. 75 pct. af jobcentrene arbejder på at udvikle styring og opfølgning på indsatsen, aktive tilbud til sygemeldte borgere samt kompetencer hos medarbejderne.
 - Ca. 67 pct. af jobcentrene gennemfører organisatoriske ændringer i indsatsen.
 - Ca. 50 pct. af jobcentrene har igangsat aktiviteter, der sigter på nye samarbejdspartner og – former samt på øget brug af andre aktører i opfølgningsindsatsen.
- Effekterne af de nye elementer i sygedagpengeindsatsen på sygefraværet er endnu ikke evalueret systematisk. Den gennemgåede faglitteratur viser dog, at der på nogle områder foreligger klare resultater:
 - En tidlig opfølgningsindsats reducerer sygefraværet – hvad enten der er tale om tidlige opfølgningssamtaler, tidlig udredning og afklaring eller tidlig inddragelse af lægefaglige ekspertise.
 - En tværfaglig og koordineret indsats reducerer sygefraværet. Der er dokumenterede effekter af inddragelsen af tværfaglig ekspertise – ikke mindst når inddragelsen sker tidligt i sygdomsforløbet.
 - En opfølgning, der inddrager arbejdsgiveren, kan reducere sygefraværet.
 - Der er dokumenterede effekter af arbejdspladsindretninger og skånehensyn, der kan øge arbejdsfastholdelsen af de sygemeldte.

7.1. Hvilken udvikling er der i jobcentrenes indsats?

Implementeringen af de nye regler for sygedagpengeindsatsen i jobcentrene er evalueret i 2008. På baggrund af dataindsamlinger i 2002 og 2006 er foretaget sammenligninger af indsatsen i jobcentrene før og efter lovændringerne i 2005.⁶⁵

Overordnet viser evalueringen, at jobcentrenes opfølgningsindsats er forøget kraftigt efter indførelsen af de nye regler på området. For indsatsen i 2006 kan bl.a. fremhæves:

⁶⁵ Evalueringen er finansieret af Arbejdsmarkedsstyrelsen og er afrapporteret i SFI - Det nationale Forskningscenter for Velfærd (2008).

- Der indhentes oplysningsskemaer i langt hovedparten af sagerne (92 pct.)
- De fleste sager visiteres til en opfølgingskategori (85 pct.)
- Der afholdes opfølgningssamtaler i hovedparten af sagerne (80 pct.)
- Der udarbejdes opfølgningsplaner i over halvdelen af sagerne (58 pct.)

Samtidig viser evalueringen, at der på nogle områder ikke kan måles indsatsmæssige ændringer som følge af de nye regler:

- Der er i 2006 ikke sket en forøgelse af jobcentrenes kontakt til arbejdsgiverne efter indførelsen af de nye regler.⁶⁶
- Der er i 2006 ikke tegn på, at lovændringerne har medført større organisatoriske ændringer af sygedagpengeindsatsen i jobcentrene.
- Der er i 2006 ikke sket nævneværdige udliciteringer af indsatsen.

En aktuel undersøgelse blandt 81 jobcentre viser dog, at der er markant udviklingsproces i gang i sygedagpengeindsatsen i langt de fleste jobcentre.⁶⁷

Undersøgelsen viser, at næsten 90 pct. af jobcentrene er i færd med at udvikle interne arbejdsgange, processer og snitflader, og at ca. 67 af jobcentrene aktuelt foretager organisatoriske ændringer af sygedagpengeindsatsen.

Desuden arbejder 70-80 pct. af jobcentrene på at udvikle styring af og opfølgning på indsatsen, aktive tilbud til sygemeldte samt på at udvikle kompetencer og holdninger hos medarbejderne.

Ca. halvdelen af jobcentrene har igangsat aktiviteter med nye samarbejdsparter og – former samt et øget brug af andre aktører i opfølgningssindsatsen.

Udviklingsaktiviteter i jobcentrenes sygedagpengeindsats

- Jobcentrene har det seneste år iværksat mange udviklingsaktiviteter, der styrker opfølgningssindsatsen og afprøver nye organiseringer, arbejdsgange og samarbejdsformer.

Udviklingsaktiviteter i jobcentrenes sygedagpengeindsats inden for de seneste 12 måneder. Oktober 2008. (N=67)

På hvilke områder er der igangsat udviklingsaktiviteter?	Antal jobcentre	Pct.
Interne arbejdsgange, processer, snitflader	58	87
Styring og opfølgning på indsatsen	53	79
Nye tilbud til sygemeldte borgere	52	78
Kompetencer, værdier og holdninger hos medarbejderne	49	73
Organisering	45	67
Nye samarbejdsparter/-former	38	57
Brug af andre aktører i opfølgningssindsatsen	35	52
Forebyggelse, fastholdelse og udplacering	29	43
Ledelse	27	40

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra spørgeskemaundersøgelse blandt 81 jobcentre i oktober 2008.

Der er således klare tegn på, at der i 2007-08 er et forøget udviklingsfokus i jobcentrene rettet mod de centrale elementer i lovgivningen, herunder opfølgningen på de sygemeldte, tværfagligt samarbejde, stærkere inddragelse af arbejdsgivere og andre aktører i indsatsen samt metoder til arbejdsfastholdelse.

7.2. Hvilke indsatser er evalueret?

Det er kendetegnende, at hovedparten af den tilstedeværende viden om effekter af indsatsen primært er tilvejebragt via forskningsverdenen og oftest i form af kontrollerede analyseprojekter i afgrænsede forsøg. Der er i den gennemgåede faglitteratur kun få registerbaserede analyser.

⁶⁶ I SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2008) er opgjort, at de kommunale sagsbehandlere i 2006 kun havde kontakt med arbejdsgiveren i 10 pct. af sagerne, svarende til andelen i 2002. Begrundelsen for den manglende kontakt var i ca. halvdelen af sagerne, at det ikke blev skønnet relevant at kontakte arbejdsgiveren.

⁶⁷ Mploy a/s gennemfører i oktober/november 2008 en spørgeskema- og interviewundersøgelse vedr. sygedagpengeindsatsen i 81 jobcentre. Undersøgelsen afrapporteres endeligt ultimo november 2008. Undersøgelsen er finansieret af Beskæftigelsesregionerne i Hovedstaden & Sjælland, Midtjylland og Syddanmark..

De mange nye udviklingsaktiviteter i jobcentrene er kun evalueret i begrænset omfang. Dels er der ikke endnu et solidt datagrundlag for effektanalyser i lyset af den korte tidshorizont, og dels er der ved igangsætningen af udviklingsaktiviteterne kun i begrænset omfang anvendt kontrollerede analysedesign med brug af kontrolgrupper, nulpunktsanalyse og vægtede baggrundsvariable. Omvendt har jobcentrene typisk en tæt opfølgning på resultater af indsatsen i form af statistikker mv. samt kvalitative opsamlinger på erfaringerne med indsatsen.

Beskæftigelsesregionerne har løbende dialog med jobcentrene om deres indsats og resultater og arbejder metodisk i samarbejde med jobcentrene på at opsamle erfaringer og best-practice eksempler i jobcentrene.

I den gennemgåede faglitteratur er der fundet følgende dokumentation for effekter af sygedagpengeindsatsen:

- Tidlig indsats: Effekten af forskellige former for tidlig indsats er belyst af flere kilder i den gennemgåede faglitteratur.⁶⁸
- Tværfaglig og koordineret indsats: Effekter af tværfaglig og koordineret indsats på sygedagpengeområdet er evalueret af flere kilder.⁶⁹
- Aktive sygeforløb: Effekten af aktive sygeforløb er kun sparsomt belyst i den gennemgåede faglitteratur. Der er dog udbredt konsensus om, at det ikke er sundt at være passivt sygemeldt over en længere periode, og dette støttes af flere kilder.⁷⁰
- Arbejdsfastholdelse: Effekten af tiltag med fokus på arbejdsfastholdelse er evalueret af flere kilder.⁷¹ Især er brugen af arbejdspladsindretninger og skånehensyn mv. veldokumenteret i faglitteraturen, om end der i de gennemførte analyser er målt på afgrænsede målgrupper. Effekten af forebyggende indsats på arbejdspladsen er mere sparsomt belyst i den gennemgåede faglitteratur.

7.3. Tidlig indsats

En tidlig indsats øger de sygemeldtes chance for at komme tilbage i arbejde. Det er påvist, at sygemeldte, der deltager i en opfølgningssamtale efter 8 ugers sygdom, har en større chance for at komme i arbejde end sygemeldte, der ikke deltager i en opfølgningssamtale.⁷²

I den gennemgåede faglitteratur peges på, at opfølgningssamtalen kan have en motivationseffekt, som får den sygemeldte til at genoptage arbejdet. Det gør sig gældende, når den sygemeldte modtager information om muligheder for og støtte til at gennemføre skånehensyn, som kan gøre det nemmere at genoptage arbejdet.

⁶⁸ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008b, 2007, 2006, 2003), SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2003), Beskæftigelsesministeriet (2008).

⁶⁹ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008a, 2008b, 2003)

⁷⁰ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008a, 2007, 2006)

⁷¹ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008a, 2008b, 2003)

⁷² SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2008, 2003)

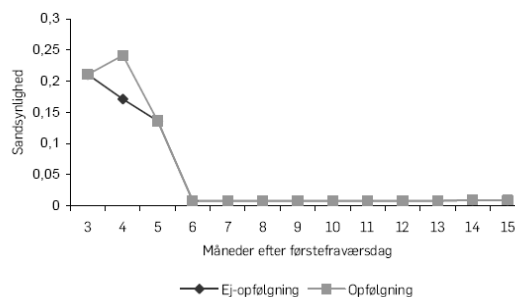
Effekten af den tidlige opfølgningssamtale er kortvarig. Der er tegn på, at effekten af samtalen allerede er udløbet efter seks måneders sygdom. En samtale i den anden måned efter sygdommeldingen vil f.eks. øge chancen for, at den sygemeldte kommer i arbejde i den fjerde måned. Efter 6 måneders sygdom giver den afholdte samtale ingen mersandsynlighed for at gå i arbejde.⁷³

Det er nærliggende at forvente, at en opfølgning med hyppige samtaler vil opretholde en forøget beskæftigelseschance for den sygemeldte, der deltager i opfølgningssamtalerne. Der er dog ingen opgørelser af effekten af et intensivt opfølgningforløb i den gennemgængede faglitteratur.

Effekten af den første opfølgningssamtale

- Der er en større sandsynlighed for at komme i arbejde blandt sygemeldte, der har en opfølgningssamtale efter 8 uger.
- Effekten af den første opfølgningssamtale udløber fire måneder efter afholdelsen af samtalen. Herefter har de to grupper samme sandsynlighed for at gå i arbejde.

Illustration af effekten af opfølgningssamtaler i 2006. Langvarigt sygemeldtes sandsynlighed for at komme i arbejde som funktion af tiden.



Kilde: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd - SFI (2008)

Knap halvdelen af jobcentrene har fastlagt en strategi for opfølgningen, der indebærer en tidligere visitation end påkrævet i loven.⁷⁴

Denne brug af tidlig visitation kan indeholde gevinster for de pågældende jobcentre, idet den gennemgængede faglitteratur vidner om positive effekter af en tidlig udredning og igangsætning af behandling.

Således er der dokumenteret en positiv effekt af forskellige former for tidlig indsats, der ligger udover jobcentrenes opfølgningssamtaler:

- Der er gode effekter af en tidlig identifikation af barrierer og efterfølgende rehabiliteringsindsats.⁷⁵
- Der er positive effekter af en hurtig, grundig socialmedicinsk afklaring og opfølgning til erhvervstruede patienter.⁷⁶
- Der er rapporteret effekter af en hurtig igangsætning uden at vide alt og henvisning til Center for Arbejdsfastholdelse.⁷⁵

Det er kendetegnende for disse projekter og andre tilbage-til-arbejde-projekter i den gennemgængede faglitteratur, at de har tidlig indsats som et delelement. Med andre ord er der tale om en tidlig opfølgning, som typisk er kombineret med f.eks tværfaglig indsats, inddragelse af lægefaglig ekspertise mv. På den baggrund kan det være vanskeligt at opføre den isolerede effekt af igangsætningstidspunktet.

⁷³ Jf. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2008)

⁷⁴ Egne beregninger på baggrund af data fra en spørgeskema- og interviewundersøgelse blandt 81 jobcentre. Der er desuden tale om, at ca. 17 pct. af jobcentrene har fastlagt en opfølgningssamtale, der indebærer en hyppigere kadence af opfølgningssamtalerne end påkrævet i lovgivningen.

⁷⁵ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2006)

⁷⁶ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008)

7.4. Tværfaglig eller koordineret indsats

Sygedagpengeindsatsen involverer typisk en række forskellige aktører. En sygedagpengesag kan bevæge sig på tværs af flere afdelinger eller teams i jobcentret, på tværs af ydelsescentret, socialafdelingen og jobcentret samt på tværs af jobcentret og en lang række eksterne aktører (virksomheden, a-kassen, læger, sygehuse, behandlingstilbud, revalideringsinstitutioner, andre aktører m.fl.)

Organiseringen og samarbejdet omkring sygedagpengeindsatsen vurderes derfor af mange at have stor betydning for resultatet af indsatsen.

Jobcentrene har aktuelt et stort fokus på at udvikle det tværfaglige element i indsatsen, og herunder koordineringen mellem de mange aktører på banen. Over halvdelen af jobcentrene har igangværende udviklingsaktiviteter på dette felt. Endvidere har godt halvdelen af jobcentrene udlagt dele af opfølgningsindsatsen til andre aktører.⁷⁷

Den gennemgåede faglitteratur viser, at der er gevinster ved at gennemføre en hurtig afklaring af arbejdsevnen og fastlægge en plan for de sygemeldtes tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Der er tegn på, at et øget fokus på den sygemeldtes ressourcer i et samarbejde mellem arbejdsplads, jobcenter og praktiserende læger/speciallæger vil medvirke til at gøre vejen tilbage til arbejdspladsen kortere.

Dette opnås dels ved at gøre ventetiderne kortere og dels ved at indhente synergieffekter i en øget grad af samarbejde. Dette er tankegangen bag en række tiltag med koordineret indsats mellem forskellige aktører som fællesnævner, herunder de nye lægeerklæringer i regeringens plan for at nedbringe sygefraværet.

Der er i faglitteraturen beskrevet flere forskellige koncepter for tværfaglig indsats. Et af de mest citerede er koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA).

Dette koncept består i nedsættelse af et tværfagligt team, der foretager udredning og identifikation af barrierer for tilbagevenden til arbejde og en efterfølgende målrettet rehabiliteringsplan.

Jobcentrenes samarbejdsparter

- Ca. 57 pct. af jobcentrene har udviklet samarbejdet inden for det seneste år.

Hvilke parter har jobcentrene udviklet samarbejdet med? Oktober 2008. (N=67)

Hvilke parter har jobcenteret udviklet samarbejdet med?	Antal jobcentre	Pct.
Ydelseskantoret	56	90
Staten i jobcenteret	48	77
Læger	44	71
A-kasser	42	68
Kommunen (som arbejdsgiver)	37	60
Private arbejdsgivere	34	55
Andre forvaltninger	23	37
Psykologer	20	32
Uddannelses-/erhvervsvejledere	13	21

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskema- og interviewundersøgelse i 81 jobcentre.

Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA)

I et samarbejde mellem Arbejds miljøinstituttet, Syddansk Universitet og Vejle Amt har der været foretaget et studie af koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smertegener i bevægelsesapparatet.

I alt deltog 183 sygemeldte i projektet med følgende delelementer:

- Nedsættelse af tværfagligt team til udredning og opfølgning.
- Tidlig (efter 4-12 uger) systematisk identifikation af barrierer for tilbagevenden til arbejde.
- Udarbejdelse af målrettet rehabiliteringsplan, der bl.a. omfatter indsats på arbejdspladsen.

Indsatsen kostede ca. 12 000 kr. pr deltager og resulterede i en reduktion af sygefraværet blandt deltagerne på ca. 34 pct. Det svarer netto til en samfundsmæssig besparelse på 55 000 kr. pr. forløb.

Kilde: Det Nationale Forskningscenter for Arbejds miljø (2006)

⁷⁷ Egne beregninger på baggrund af en aktual spørgeskema- og interviewundersøgelse blandt 81 jobcentre.

Overordnet viser den gennemgåede faglitteratur, at:⁷⁸

- Der er positive effekter af forskellige former for koordineret indsats, som bidrager til at reducere sygefraværet.
- Inddragelse af arbejdsmedicinere tidligt i et sygeforløb til både afklaring og planlægning af den videre indsats kan bidrage til at reducere sygefraværet.
- Opfølgning i tværfaglige teams har positiv effekt på tilbagevenden til arbejde.
- Inddragelse af specialister (f.eks arbejdsmedicinere) i udfærdigelsen af opfølgningsplanen har positiv effekt.
- Der er positive effekter af et samarbejde mellem de praktiserende læger og de lokale arbejdsmedicinske klinikker, som øger mulighederne for hurtig henvisning af sygemeldte til udredningsforløb, eller direkte henvisning af bestemte patientgrupper til arbejdsmedicinske speciallæger.⁷⁹
- Der er ikke foretaget egentlige evalueringer af effekten af organisatoriske ændringer i sygedagpengeindsatsen i den gennemgåede faglitteratur.

7.5. Aktive sygeforløb og delvise raskmeldinger

Et aktivt sygeforløb kan indebære, at den sygemeldte deltager i aktiviteter såsom opkvalificering, kostplanlægning, motion mv. eller at den sygemeldte vender tilbage til sin arbejdsplads på nedsat tid med en delvis raskmelding.

Der er generel konsensus om, at det ikke er sundt at være passivt sygemeldt i længere tid, da det øger risikoen for isolation eller for at miste arbejdet. Flere brugerundersøgelser viser da også, at både de sygemeldte og deres arbejdsgivere ønsker, at kontakten til arbejdspladsen bevares.⁸⁰

Heri ligger, at den sygemeldte har glæde af at bevare den sociale kontakt til kollegerne og af at holde sig i gang. Arbejdet kan på denne måde have en terapeutisk effekt, hvilket støttes i faglitteraturen.⁸¹ For sygemeldte, der ikke er egnede eller parate til en delvis raskmelding kan vejen lettes af et aktivt tilbud.

Mange jobcentre har allerede taget initiativ til at indføre aktive forløb af forskellig karakter i sygedagpengeindsatsen. Således har ca. 68 pct. af jobcentrene fastlagt en strategi for anvendelsen af aktive tilbud til sygemeldte.⁸²

Aktive tilbud i sygedagpengeindsatsen

- Ca. 68 pct. af jobcentrene har fastlagt en strategi for anvendelsen af aktive tilbud til sygemeldte.

Hvilke aktive tilbud prioriteres af jobcentrene i sygedagpengeindsatsen? Oktober 2008. (N=63)

Hvilke tilbud prioriteres?	Antal jobcentre	Pct.
Virksomhedsrettede tilbud	36	49
Vejledning og afklaring	33	45
Tilbud ift. psykiske lidelser	32	43
Sundhedsfremmende tilbud	24	32
Ergo-/fysioterapeutbehandling mv.	14	19
Jobsøgning	12	16

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskema- og interviewundersøgelse i 81 jobcentre.

⁷⁸ Nedenstående bygger på en analyse gennemgang i Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008).

⁷⁹ Det er i praksis ikke muligt at inddrage arbejdsmedicinere i alle sygeforløb, hvor det kan være relevant. Af denne grund peger faglitteraturen på, at der kan være gevinster i at iværksætte kompetenceudvikling af kommunale medarbejdere, som kan øge brugen af strukturerede afklaringsforløb tidligt i processen.

⁸⁰ Jf. Jobcenter Thisted (2008), CABI – Center for Aktiv Beskæftigelsesindsats (2008), Ledernes Hovedorganisation (2006). I Jobcenter Thisted (2008) vises, at både sygemeldte og deres arbejdsgivere har stor efterspørgsel på service fra jobcenteret, der kan bidrage til at øge den sygemeldtes tilknytning til arbejdspladsen.

⁸¹ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008a)

⁸² Egne beregninger på baggrund af en spørgeskema- og interviewundersøgelse i 81 jobcentre. Undersøgelsen viser, at 21 pct. af jobcentrene anvender aktive tilbud i 1-19 pct. af sagerne, mens 40 pct. af jobcentrene anvender aktive tilbud i 20-39 pct. af sagerne.

Den gennemgåede faglitteratur viser:

- Der findes ikke systematiske evalueringer af effekten af aktive sygeforløb.
- Der er påvist en negativ sammenhæng mellem sygefravær og selvværd. Dette skal forstås således, at langvarigt sygefravær kan føre til lavt selvværd.⁸³
- Personer med selvrapporteret dårligt mentalt helbred har langt højere risiko for sygefravær.⁸⁴
- Arbejde kan for den sygemeldte i nogle sammenhænge have en terapeutisk effekt.⁸⁵

I det omfang det mentale helbred kan antages at hænge sammen med følelsen af selvværd, peger disse studier derfor i retning af positive effekter af aktive forløb til sygemeldte.

Delvise raskmeldinger er et hovedelement i strategien om aktive sygeforløb. Ved delvis raskmelding forstås en tilbagevenden til arbejdspladsen på nedsat tid, hvor den sygemeldte modtager sygedagpenge i den resterende tid af sygeperioden.

Der er påvist positive effekter af delvise raskmeldinger for tilbagevenden til ordinært arbejde:

- Delvis raskmeldte har en større selvforsørgelsesgrad end fuldtidssygemeldte 1 år efter sygemeldingen.⁸⁶
- Der synes ikke at være en forlængende effekt af forløb med delvise raskmeldinger på over 8 uger.⁸⁷
- Det er dokumenteret, at en kombination af delvis raskmelding og arbejdspladstilpasning kan have positive effekter for sygemeldte med fysiske diagnoser.⁸⁷
- Delvise raskmeldinger er ikke nødvendigvis et velegnet redskab for alle sygemeldte, og bl.a. personer med tunge psykiske lidelser kan risikere en forværring af sygdommen af delvise raskmeldinger.⁸⁸

Meget tyder på, at delvise raskmeldinger kan være vejen tilbage til arbejde for mange sygemeldte. Omvendt er der tegn på, at brugen af aktive tilbud og delvise raskmeldinger bør doseres nøje ud fra de konkrete diagnoser og deraf afledte behov.

Aktive tilbud til sygemeldte i Ikast-Brande

I Jobcenter Ikast-Brande er iværksat et projekt med aktive tilbud til sygemeldte. Det aktive tilbud består i motion og fysisk træning 3 gange om ugen under supervision af fysioterapeuter fra et privat firma (Quick Care aps). Forløbene varer op til 3 måneder med opfølgningssamtaler efter 2. og 6. uge.

- I 2007 har 99 sygedagpengemodtagere deltaget. Ca. halvdelen af deltagerne havde fysiske diagnoser og en tredjedel havde psykiske lidelser. Halvdelen af deltagerne var visiteret til kategori 3, 32 pct. til kategori 2 og 17 pct. til kategori 1.

I en kvalitativ evaluering af projektet er bl.a. fremhævet:

- Ud af 99 deltagere er foreløbigt 2 kommet i arbejde, 2 er i uddannelse, 12 har raskmeldt sig, 1 er raskmeldt af forvaltningen. 73 sager er endnu ikke afsluttet.
- Både sygedagpengeafdelingen og deltagerne vurderer, at forløbet har givet deltagerne et positivt løft.
- Sygedagpengeafdelingen vurderer, at forløbet udgør et godt redskab for sagsbehandlere, både til aktiv sygemelding og afklaring.

Kilde: Jobcenter Ikast-Brande (2008)

⁸³ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007a)

⁸⁴ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007a)

⁸⁵ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008a)

⁸⁶ Jf. Beskæftigelsesministeriet (2008). Analysen tager dog ikke højde for, at de delvis raskmeldte alt andet lige må forventes at være tættere på eller mere parate til arbejdsmarkedet end de fuldtidssygemeldte.

⁸⁷ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008a, 2006)

⁸⁸ Jf. Lander F, Frische C, Knudsen H (2006) og SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2003).

7.6. Arbejdsfastholdelse

Der kan være gevinster af at arbejde med arbejdsfastholdelse i virksomhederne og i sygedagpengeindsatsen.

De sygemeldte peger på, at nedsat arbejdstid, lettere eller ændrede arbejdsopgaver og/eller mulighed for fleksible arbejdstider kan være medvirkende til, at de kommer tilbage på arbejdsmarkedet. Herudover vurderer især sygemeldte, der har været i beskæftigelse efter endt sygemelding, at der er gevinster af den modtagne lægebehandling.⁸⁹ Disse vurderinger deles langt hen ad vejen af arbejdsgiverne.⁹⁰

Mange jobcentre har igangsat udviklingsaktiviteter rettet mod arbejdsfastholdelse, forebyggelse og udplacering af sygemeldte.

En aktuell undersøgelse viser, at over 40 pct. af jobcentrene arbejder på disse elementer af sygedagpengeindsatsen, og i den forbindelse er der især fokus på brugen af delvise raskmeldinger, arbejdsprøvning, virksomhedsrevalidering, trepartsdrøftelser mv.⁹¹

De gennemgåede analyser viser, at:

- Sygemeldte med lidelser i bevægeapparatet får lettet deres tilbagevenden til arbejde ved tiltag med fokus på arbejdspladsindretninger og skånehensyn.⁹²
- Der er positive effekter af tiltag, der giver lettere arbejdsbyrde, mindre timetal og modificering af udstyr. Disse elementer er uafhængigt af hinanden påvist at lette tilbagevenden til arbejde på tværs af erhverv og jobs.⁹³
- Arbejdspladsbaserede interventioner såsom tidlig kontakt til arbejdspladsen, tilpasning af arbejdspladsen og tilstedeværelsen af tta-koordinatorer (mentorer) er ligeledes dokumenteret at kunne lette tilbagevenden til arbejde for sygemeldte med lidelser i bevægeapparatet.⁹⁴
- Der er forskel på, hvordan forskellige grupper vender tilbage til arbejdsmarkedet. Studier viser, at personer med psykiske diagnoser i højere grad finder beskæftigelse hos en ny arbejdsgiver. Dette gælder ikke personer med fysiske diagnoser.⁹⁵
- Der er positive effekter af samarbejder, der omfatter virksomheder, praktiserende læger og jobcentre. Samarbejdet kan bidrage til at øge fastholdelsesgraden for de sygemeldte.⁹⁶

Arbejdsfastholdelse i sygedagpengeindsatsen

- Ca. 43 pct. af jobcentrene har igangsat udviklingsaktiviteter med henblik på fastholdelse, forebyggelse og udplacering.

Hvilke udviklingsaktiviteter prioriteres af jobcentrene i sygedagpengeindsatsen? Oktober 2008. (N=63)

Hvilke indsats prioriteres mhp. forebyggelse, fastholdelse og udplacering?	Antal jobcentre	Pct.
Delvise raskmeldinger	61	98
Arbejdsprøvning	49	79
Virksomhedsrevalidering	37	60
Trepartsdrøftelser m. arbejdsgiver/a-kasse	36	58
Omplacering	29	47
Rådgivning om arbejdspladsindretning	22	35
Forebyggende indsats ift. virksomheder	19	31
Jobrettet indsats (ledige)	11	18
Partnerskabsaftaler - private virksomheder	11	18
Bevilling af hjælpemidler	9	15
Partnerskabsaftaler - offentlige virksomheder	5	8
Opfølgning på ny-raskmeldte	3	5

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskema- og interviewundersøgelse i 81 jobcentre.

⁸⁹ Jf. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2008)

⁹⁰ Jf. CABI - Center for Aktiv Beskæftigelsesindsats (2008a) og Ledernes Hovedorganisation (2006)

⁹¹ Egne beregninger på baggrund af en spørgeskema- og interviewundersøgelse i 81 jobcentre.

⁹² Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008a, 2007a)

⁹³ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008a)

⁹⁴ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008a)

⁹⁵ Jf. SFI - Det nationale Forskningscenter for Velfærd (2008)

⁹⁶ Jf. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008a)

7.7. Kompetenceudvikling af medarbejderne

Udviklingen på sygedagpengeområdet foregår i et højt tempo i disse år. Der tilvejebringes konstant ny viden, og der sker ændringer i lovgivning og regler, som stiller krav om stor evne til omstilling i sygedagpengeindsatsen og medarbejdernes kunnen.

Jobcentrene har aktuelt et stort fokus på at udvikle medarbejdernes kompetencer. Således har ca. 82 pct. af jobcentrene igangsat kompetenceudvikling af medarbejderne inden for det seneste år.⁹⁷ En aktuell undersøgelse viser, at der især er fokus på at styrke medarbejdernes kompetencer inden for lovgivningen, retningslinier og arbejdsgange, holdninger og samtalecoaching. Desuden har mange jobcentre fokus på kompetencerne inden for IT og samarbejde med andre aktører i sygedagpengeindsatsen.

Kompetenceudvikling i jobcentrene

- Ca. 82 pct. af jobcentrene har igangsat kompetenceudvikling af medarbejderne i sygedagpengeindsatsen inden for de sidste 12 måneder.

Kompetenceudvikling i jobcentrene inden for de seneste 12 måneder. Oktober 2008. (N=56)

På hvilke områder er der iværksat kompetenceudvikling?	Antal jobcentre	Pct.
Lovgivning	49	88%
Retningslinier og arbejdsgange	37	66%
Værdier og holdninger	27	48%
Samtale/coaching	23	41%
IT	20	36%
Viden om sygdomsbegreber	16	29%
Samarbejdsparter, aktører og tilbud	16	29%

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra spørgeskemaundersøgelse blandt 81 jobcentre i oktober 2008.

Ca. 29 pct. af jobcentrene har igangsat kompetenceudvikling, der skal øge forståelsen af sygdomsbegreber. Dette kan ses som en reaktion på stigningen i de psykiske og stressrelaterede sygdomme, som ofte har en mere diffus karakter end de fysiske sygdomme og lidelser.

En undersøgelse viser, at der er positive effekter af kompetenceudviklingen af medarbejderne. Således er gode erfaringer med opkvalificering af kommunens sagsbehandlere i forhold til psykisk betinget sygefravær.⁹⁸

Erfaringerne fra dette projekt er, at der via opkvalificering af medarbejderne er opnået en større selvforsørgelsesgrad blandt sygemeldte med psykiske lidelser, og at antallet af gensygemeldinger i gruppen faldt. Omvendt steg den gennemsnitlige sagsbehandling for de omfattede personer.

Kompetenceudvikling af medarbejderne i Mariagerfjord

- I perioden fra marts 2006 til marts 2007 har CABI i samarbejde med Mariagerfjord Kommune gennemført Projekt 18 %. Dette er et kompetenceudviklingsprojekt med fokus på sagsbehandlerens opfølgning på psykisk betinget sygefravær.

I den kvantitative evaluering af projektet konkluderer Rambøll Management bl.a. at:

- Den gennemsnitlige forløbslængde er steget 22 pct. for de psykisk betingede sygemeldte. Den generelle stigning på landsplan er til sammenligning på ca. 5 pct.
- Andelen af gensygemeldinger for gruppen af psykisk betingede sygemeldte er faldet fra ca. 46 pct. til ca. 36 pct.
- Selvforsørgelsesgraden 26 uger efter endt sygdomsperiode er steget fra 49 pct. til 69 pct. for de psykisk betingede sygemeldte.

Kilde: CABI – Center for aktiv beskæftigelsesindsats (2008b)

Med andre ord er erfaringerne i det konkrete projekt, at der via kompetenceudviklingen af medarbejderne bruges nye arbejdsmetoder, som kan forlænge sagsbehandlingen, men at dette mere end opvejes af forbedret selvforsørgelse blandt deltagerne.

⁹⁷ Egne beregninger på baggrund af en spørgeskema- og interviewundersøgelse i 81 jobcentre.

⁹⁸ Jf. CABI – Center for aktiv Beskæftigelsesindsats (2008b)

Litteraturliste

1. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2007a): *Længerevarende sygefravær øger risikoen for udstødning*. Udarbejdet af Vilhelmsen, Jes. København.
2. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2007b): *Størst sygefravær i det offentlig*. Udarbejdet af Vilhelmsen, Jes. København.
3. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2007c): *Danmarksrekord i sygefravær*. Udarbejdet af Vilhelmsen, Jes. København.
4. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2007d): *Fordeling og levevilkår 2007. Kapitel 8: Sundhed, arbejdsmiljø og tilbagetrækning*. 75-87. København.
5. Arbejdsmiljøinstituttet (2006): *Arbejdsmiljø i Danmark 2005. Overblik fra den Nationale ArbejdsmiljøKohorte*. Udarbejdet af Burr, Hermann; Bach, Elsa; Gram, Helle og Villadsen, Ebbe. København.
6. Beskæftigelsesministeriet (2008): *Analyse af sygefraværet*. København.
7. BR Hovedstaden og Sjælland (2007). Beskæftigelsesregion Hovedstaden & Sjælland: *Sygedagpengefraværet i Østdanmark – en analyse af den aktuelle udvikling på sygedagpengeområdet i Østdanmark*. Udarbejdet for Beskæftigelsesregion Hovedstaden & Sjælland af mploy. København.
8. BR Midtjylland (2007). Beskæftigelsesregion Midtjylland: *Notat om registeranalyser af langvarigt sygefravær og selvforsørgelse efter sygefravær. Benchmark af indsatsen over for sygedagpengemodtagere i kommunerne i Beskæftigelsesregion Midtjylland*. Udarbejdet for Beskæftigelsesregion Midtjylland af MUUSMANN Research & Consulting. Kolding.
9. BR Nordjylland (2007). Beskæftigelsesregion Nordjylland: *Sygefravær i Nordjylland - fordelt på jobcentre, 2004-2007*. Aalborg.
10. BR Syddanmark (2008). Beskæftigelsesregion Syddanmark: *Sygefravær i Syddanmark*. Udarbejdet for Beskæftigelsesregion Syddanmark af CO-WI/MUUSMANN. Lyngby.
11. CABI – Center for aktiv beskæftigelsesindsats (2008a): *Afrapportering af undersøgelse af personaleansvarliges viden om, erfaringer med og holdninger til at fastholde og ansætte medarbejdere, der har været sygemeldte pga. depression eller stress*. Udarbejdet af Hansen, Anette.
12. CABI – Center for aktiv beskæftigelsesindsats (2008b): *DREAM analyse af de langsigtede effekter af Projekt 18%*. Notat. Udarbejdet af Rambøll Management, Århus.
13. Dansk Arbejdsgiverforening (2007): *Sygefraværet varierer voldsomt for lærere, SOSU'er og pædagoger*. Agenda nr. 15, 2007.

14. Dansk Arbejdsgiverforening (2008): *Kæmpe forskel på sygefravær mellem ens grupper i privat og offentlig sektor*. Agenda nr. 7, 2008.
15. Lander F, Frische C, Knudsen H (2006): *Stressbehandling, sygefravær og arbejdsfastholdelse*. Ugeskrift for Læger 2006;168:4091-4
16. Ledernes Hovedorganisation (2007): *Sygefravær og arbejdsmiljø – En undersøgelse af ledernes rolle i arbejdet med sygefraværet*.
17. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2003): *Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv*, Lund, Thomas; Jensen, Chris; Nielsen, Martin Lindhardt og Borg, Vilhelm. København.
18. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2006), Syddansk Universitet og Vejle Amt: *Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse (KIA) – af sygemeldte med længerevarende smertegener fra bevægelsesapparatet*. Udarbejdet af: Kilsgaard J, Sherson D, Bültmann U, Olsen J, Pedersen J, Lund T.
19. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007a): *Resultater af sygefraværsforskning 2003-2007*. Udarbejdet af Labriola, Merete; Lund, Thomas og Christensen, Karl Bang. København.
20. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2007b): *Oversigt over Tilbage Til Arbejde (TTA) initiativer*. Arbejdsnotat NFA. Udarbejdet af Gensby, Ulrik og Labriola, Merete. København.
21. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008a): *Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær - Årsager og handlemuligheder*. Udarbejdet af Ole Steen Mortensen, Johan Hviid Andersen, John Ektor-Andersen, Hege R. Eriksen, Nils Fallentin, Poul Frost, Jens Peder Haahr, Merete Labriola, Mette Kreutzfeldt Zebis. København.
22. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø m.fl. (2008b): *Virksomheders indsats for et bedre psykisk arbejdsmiljø*. Udarbejdet af Peter Hasle, Helge Hvid, Tage Søndergaard Kristensen, Hans Jørgen Limborg, Niels Møller, Jan Pejtersen, Hans Hvenegaard. København.
23. Nordisk Ministerråd (2007): *Aksepterte årsaker til sykefravær – Holdninger i de fem nordiske landene – resultater for Danmark*. En undersøkelse for Nordisk Ministerråd. Udarbejdet af Opinion.
24. Jobcenter Ikast-Brande (2008): *Opfølgingsrapport Quick Care*. Ikast-Brande.
25. Jobcenter Thisted (2008): *Virksomhedernes og borgernes forventninger til service fra Jobcenter Thisted – en brugerundersøgelse*. Udarbejdet for Jobcenter Thisted af Mploy A/S, København.
26. Københavns Kommune (2008): *Nedbringelse af sygefravær i Københavns Kommune*. Udarbejdet af ReD Associates, København.
27. Regeringen (2008): *Sygefravær – en fælles udfordring*. Regeringens handlingsplan for at nedbringe sygefraværet. København.

28. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2008): *Effekter af ændringerne i sygedagpengeloven*. Udarbejdet af Høgelund, Jan; Boll, Joachim; Skou, Mette og Jensen, Søren. København.
29. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2003): *Langvarigt sygefravær – Hvad sker der og hvordan går det?* Udarbejdet af Høgelund, Jan, Filges, Trine og Jensen, Søren. København.
30. SFI og AKF (2006). Det Nationale Forskningscenter for Velfærd og Anvendt Kommunal Forskning: *De nye kommuners rammevilkår for beskæftigelsesindsatsen*. Udarbejdet af: Clausen J, Heinesen E, Azhar Hussein M. København.
31. Statens Institut for Folkesundhed (2006): *Sundheds og sygelighedsundersøgelsen 2005 & udviklingen siden 1987*. Udarbejdet af: Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen A et al. København.
32. Statens Institut for Folkesundhed (2008): *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. Redigeret af Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. København.
33. Videnscenter for arbejdsmiljø (2006): *Fakta og myter om stress*. Udarbejdet af Kristensen, Tage S. København.
34. Aalborg Kommune (2006): *Kvalitativ undersøgelse af langtidssygemeldte i Aalborg kommune*. Udarbejdet for Aalborg kommune af Discus A/S

m•ploy

Gothersgade 103, 3
1123 København K
Tlf. 32 97 97 87
www.mploy.dk