

Fastholdelse eller tilbagevenden til arbejde i forbindelse med almen genoptræning

Januar 2020



Social- og
Indenrigsministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:
www.simb.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

1 Ledelsesresumé.....	3
2 Indledning.....	7
3 Afgrænsning, data og metode.....	8
3.1 Afgrænsning af population.....	8
3.2 Hovedindikator	9
3.3 Genoptræningsdata	11
3.4 Kontrol for rammevilkår i benchmarkinganalysen.....	11
3.5 Opmærksomhedspunkter ved benchmarking.....	12
4 Resultater på landsplan.....	13
5 Udvalgte karakteristika for dem på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start	15
6 Forskelle mellem kommunerne.....	18
6.1 Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start fordelt på kommuner	18
6.2 Benchmarking med kontrol for rammevilkår.....	18
7 Tiltag til inspiration	25

1 Ledelsesresumé

Hvor stor en del af de beskæftigede med en muskel-skeletlidelse bliver fastholdt eller vender hurtigt tilbage i arbejde i forbindelse med et alment genoptræningsforløb? Og er der forskelle mellem kommunerne? Det er grundlæggende disse spørgsmål, der undersøges og gives svar på i denne analyse. Spørgsmålene er interessante af flere grunde. For det første er det rimeligt at gå ud fra, at borgerne selv har en interesse i ikke at falde ud af arbejdsmarkedet. Og for det andet er det ud fra et samfundsøkonomisk og kommunaløkonomisk synspunkt en klar fordel, at borgere der skal igennem et genoptræningsforløb ikke falder ud af arbejdsmarkedet.

Kommunerne har ansvaret for at give borgerne almen genoptræning efter § 140 i Sundhedsloven, når borgerne forlader sygehuset med en genoptræningsplan. Formålet med genoptræningen er blandt andet, at borgeren opnår den samme eller bedst mulige grad af funktionsevne som inden sygehuskontakten. For de erhvervsaktive borgere handler det blandt andet om, at man kan forblive i arbejde eller hurtigt vende tilbage i arbejde. Udover at genoptræningsindsatsen er vigtig for borgernes muligheder for at vende hurtigt tilbage til arbejde, vil der også i en række tilfælde være behov for en effektiv beskæftigelsesindsats. Der vil således ofte være tale om en kombination af indsatser på henholdsvis genoptræningsområdet og beskæftigelsesområdet.

I denne analyse ser vi på de borgere, der var i beskæftigelse og selvforsørgende to måneder inden den sygehuskontakt, der udløste en genoptræningsplan. Samtidig har vi fokus på borgere, der modtager genoptræning for en muskel-skeletlidelse. De udgør omkring halvdelen af de beskæftigede i et alment genoptræningsforløb.

For denne gruppe af personer undersøger vi hvor stor en andel, der fortsat er i arbejde 3 måneder efter genoptræningsstarten. Det gør vi helt konkret ved at se på, om borgeren modtager en offentlig ydelse 3 måneder efter genoptræningens start. Baggrunden for at måle hvorvidt man modtager en offentlig ydelse i stedet for at se på om man er i beskæftigelse er, at man i beskæftigelsesstatistikken godt kan fremstå som beskæftiget samtidig med, at man modtager sygedagpenge og altså ikke reelt er på arbejdspladsen. Ved at se på om man modtager en offentlig ydelse afgrænses analysen samtidig til et fokus på længerevarende fravær fra arbejdspladsen.

I analysen tages der endvidere udgangspunkt i personer, som er startet i genoptræning i 2016 og 2017. Dette er gjort fordi kvaliteten af genoptræningsdata for 2018 og 2019 ikke vurderes at være tilstrækkelig god, blandt andet som følge af systemskift i mange kommuner. Den samlede population er på lidt mere end 20.000 personer.

Samlet set bidrager analysen med ny viden på et område, hvor kommunerne har haft ansvaret siden 2007, men hvor det ikke tidligere er blevet undersøgt på tværs af landet, hvordan arbejds-situationen ser ud for borgerne efter de har påbegyndt deres genoptræningsforløb.

Mere end hver femte modtager offentlig ydelse 3 måneder efter genoptræningsstart

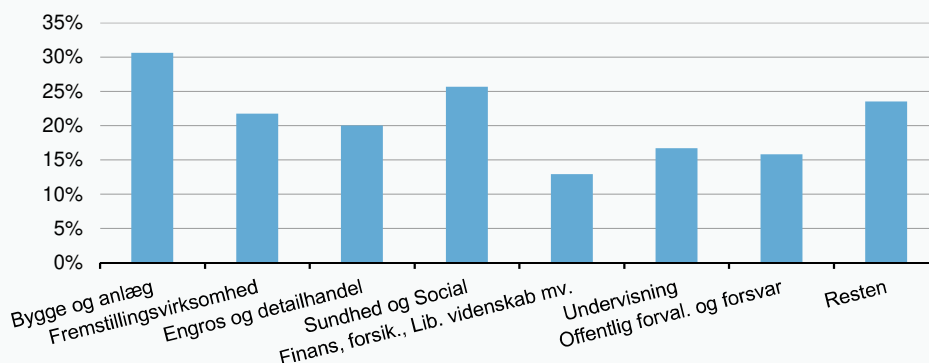
Når man ser på de borgere, der var i beskæftigelse to måneder inden den sygehuskontakt, hvor der blev udarbejdet en genoptræningsplan vedrørende en muskel-skeletlidelse, er det på landsplan 22 procent af dem, der modtager en offentlig ydelse 3 måneder efter de er startet i genoptræning. Heraf modtog langt hovedparten sygedagpenge. Der var omkring 40 procent, som allerede modtog en offentlig ydelse ved genoptræningens start, selvom de altså var i beskæftigelse og ikke modtog en offentlig ydelse 2 måneder før den pågældende sygehuskontakt, der udløste genoptræningsplanen.

Analysen viser, at der er nogle faktorer, som øger risikoen for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. Disse resultater kan hjælpe kommunerne til at identificere nogle af de mere udsatte grupper af borgere i forhold til at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start og dermed ikke være i arbejde. På baggrund af en statistisk model kan der bl.a. peges på følgende:

- Der er betydelig større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, hvis man har modtaget offentlige ydelser i perioden fra 2 måneder før sygehuskontakten og frem til genoptræningens start. Det betyder, at det kan være en god ide at have særlig fokus på dem, der allerede ved genoptræningens start modtager offentlige ydelser.
- Der er større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, hvis den diagnose, genoptræningsplanen er tilknyttet, relaterer sig til store led som hofter, knæ, hals og skulder, end hvis det er relateret til mindre led som hånd, fod og albue.
- Hvilken branche, borgeren er beskæftiget i forud for sygehuskontakten og genoptræningsplanen, har stor betydning for, hvorvidt personen er på en offentlig ydelse 3 måneder efter genoptræningens start. Personer, der kommer fra en branche med fysisk krævende arbejde, fx bygge og anlægsbranchen, har større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, jf. figur 1.1. Dette fund hænger givetvis også sammen med, at der i analysen er fokus på muskel-skeletlidelser.

Figur 1.1

Andel i hver branche, som modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start (2016 og 2017)



Anm.: Se metodebilag for liste over brancheopdeling.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Store forskelle på tværs af kommunerne

Analysen viser, at der på tværs af kommunerne er store forskelle på andelen, der modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, jf. tabel 1.1. For de 10 kommuner med de højeste andele på offentlige ydelser er det i gennemsnit hver tredje, der er på offentlige ydelser. Mens det for de 10 kommuner med den laveste andel i gennemsnit er hver 7., der er på offentlige ydelser.

Kommunerne har dog samtidig forskellige rammevilkår for at varetage indsatsen. Der er således en række individkarakteristika, der påvirker sandsynligheden for at være tilbage i arbejde 3 måneder efter genoptræningsstart. Nogle af disse faktorer er nævnt ovenfor. Forskelle i rammevilkår handler grundlæggende om forskelle i borgerens sundhedstilstand, branche, socioøkonomi mv.

I benchmarkinganalysen er der derfor taget højde for forskelle i kommunernes rammevilkår. Dermed kan man se, om den enkelte kommune har færre eller flere på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningsstart, end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår. Det ses af tabel 1.1 at der fortsat er betydelige forskelle mellem kommunerne, når der tages højde for rammevilkår (se benchmarkingindikator).

De 10 kommuner, som klarer sig bedst, har gennemsnitlig 4,6 procentpoint færre, der modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår. Mens der i de 10 kommuner, der klarer sig dårligst, er 4,4 procentpoint flere på offentlige ydelser, end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår.

Tabel 1.1

Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start før og efter man justerer for kommunernes rammevilkår

	Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start	
	Faktiske niveau ¹	Benchmarkingindikator ²
10 bedst placerede kommuner	14,3 %	-4,6 % -point
10 dårligst placerede kommuner	32,8 %	4,4 % -point
Landsplan	22 %	

Anm.: 1) Gennemsnittet for de 10 kommuner med hhv. højeste og laveste faktiske andel 2) Gennemsnittet for de 10 kommuner der hhv. klarer sig bedst og dårligst, når der tages højde for rammevilkår.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I bilag 1 kan man se de væsentligste resultater af analysen for hver enkelt kommune, og i bilag 2 kan man finde alle centrale nøgletal i kommunefordelte tabeller.

Find inspiration i et særskilt inspirationskatalog

Der er i forbindelse med analysen udarbejdet et særskilt inspirationskatalog, der indeholder 16 konkrete tiltag til, hvordan man kan arbejde med at fastholde eller få borgere hurtigere tilbage på arbejde i forbindelse med et genoptræningsforløb.

Inspirationskataloget er udarbejdet på baggrund af besøg og kvalitative interviews i 10 kommuner, der er blandt de kommuner, der klarer sig bedst i den kvantitative analyse. I kataloget kan hver enkelt kommune finde inspiration til det videre arbejde med dette fokusområde.

I inspirationskataloget er de 16 tiltag fordelt på 3 temaer:

1. Tiltag med borgeren
2. Tiltag, der styrker arbejdsgange, samarbejde og medarbejderens kompetencer
3. Organisatoriske og styringsmæssige tiltag

De konkrete tiltag dækker over tiltag vedrørende arbejdsgange, værktøjer eller organisatoriske og styringsmæssige tiltag. Den kommunale indsats for erhvervsaktive borgere, der starter i genoptræning er i overvejende grad en indsats, som er forankret i genoptræningsenheden. Men når og hvis

et fravær fra arbejdspladsen udvikler sig til et længerevarende fravær bliver indsatsen i jobcentret og ikke mindst sygedagpengeafdelingen relevant. Tiltagene i inspirationskataloget retter sig derfor både mod genoptræningsindsatsen, beskæftigelsesindsatsen og ikke mindst samarbejdet mellem genoptræningsenheden og jobcentret med henblik på at sikre en tværgående og helhedsorienteret indsats.

Kommuner kan i varierende grad allerede arbejde med et eller flere tiltagene. Men det er vurderingen, at alle kommuner kan drage fordele af at forholde sig til alle tiltagene i inspirationskataloget.

I tabel 1.2 ses tiltagene i inspirationskataloget i overskriftsform.

Tabel 1.2

Oversigt over tiltag i inspirationskataloget

Tiltag med borgeren

- Tiltag 1 Alle relevante aktører samles til samtaler med borgeren
- Tiltag 2 Beskæftigelsesrettede borgersamtaler i genoptræningsenheden
- Tiltag 3 Parallel indsats med genoptræning og tilbagevenden til arbejdet
- Tiltag 4 Hjemmeprogrammer med opfølgning og fri adgang til kommunens træningscenter

Tiltag der styrker arbejdsgange, samarbejde og medarbejdernes kompetencer

- Tiltag 5 Udviklingsmedarbejdere i genoptræningsenheden
- Tiltag 6 Medarbejdere med dobbeltfaglighed i jobcentret
- Tiltag 7 Fremskudt medarbejderfunktion
- Tiltag 8 Lægefaglige kompetencer i jobcentret
- Tiltag 9 Brobygningsforløb på tværs
- Tiltag 10 Standardiseret genoptræningsforløb som vejledning for borgerens indsats
- Tiltag 11 Kiggeadgang til hinandens fagsystemer

Organisatoriske og styringsmæssige tiltag

- Tiltag 12 Fælles politisk og administrativ ledelse
- Tiltag 13 Nøgletal til styring af fremdrift i sygedagpengeforløb
- Tiltag 14 Tværkommunale klyngesamarbejder
- Tiltag 15 Etablering af fagligt visitationsteam
- Tiltag 16 Fagspecialisering af medarbejdere

2 Indledning

Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan, når det vurderes, at der er et lægefagligt behov for genoptræning. Men det er kommunerne, der har myndighedsansvaret for genoptræning efter § 140 i Sundhedsloven. Det er desuden kommunerne, der står for udførelsen og finansieringen af den almene genoptræning, samt finansieringen af den specialiserede genoptræning. I denne analyse er der fokus på forløbet omkring den almene genoptræning i kommunerne.

Formålet med genoptræningen er, at borgeren opnår den samme eller bedst mulige grad af funktionsevne som inden sygehuskontakten. Erhvervsaktive borgere anses ofte i forhold til genoptræning som en ukompliceret gruppe at genoptræne, når der sammenlignes med borgergrupper med en generelt dårligere sundhedstilstand – eksempelvis ældre borgere uden for arbejdsmarkedet.

Men det er værd at bemærke, at omtrent halvdelen af dem, som modtager en genoptræningsplan er under 65 år. Og samtidig kan der for denne gruppe være betydelige omkostninger forbundet med et dårligt forløb omkring genoptræningen. Hvis en erhvervsaktiv person er sygemeldt i længere tid end nødvendigt, så er der ikke kun potentielle omkostninger i forhold til personen selv og vedkommendes økonomi og velbefindende, men også i forhold til samfundet generelt. Det drejer sig om, omkostninger for vedkommendes arbejdsplads i form af tabt produktivitet og løn under sygdom, samt for kommunekassen i form af udbetaling af sygedagpenge og faldende skatteindtægter i de tilfælde, hvor borgeren ikke modtager løn.

I denne analyse er der fokus på gruppen af borgere i et alment genoptræningsforløb i kommunerne. Der er i analysen desuden fokus på borgere med en muskel-skeletlidelse, som forud for sygehuskontakten var i beskæftigelse. Formålet med analysen er at afdække i hvilken grad disse borgere relativt hurtigt efter starten på genoptræningsforløbet er i arbejde. Herunder at se på forskellene mellem kommunerne.

Herudover udarbejdes som led i den samlede analyse et inspirationskatalog, hvor kommunerne kan finde inspirationstiltag til det videre arbejde med at sikre, at borgerne forbliver eller hurtigt vender tilbage til arbejdet i forbindelse med deres genoptræningsforløb.

Analysen er struktureret som følger: I **kapitel 3** gennemgås analysens væsentligste afgrænsninger, datagrundlaget, definitioner samt opmærksomhedspunkter i forbindelse med benchmarkinganalysen. En mere fyldestgørende beskrivelse af metoden og afgrænsninger kan læses i bilag 3: Metode.

I **kapitel 4** præsenteres resultaterne på landsplan samt en uddybning af analysens problemstilling. I **kapitel 5** beskrives en række af de mest relevante karakteristika for beskæftigede med en muskel-skeletlidelse, som 3 måneder efter starten på genoptræningsforløbet ikke var vendt tilbage i arbejde.

I **kapitel 6** gennemføres benchmarkinganalysen af kommunernes indsats i forhold til erhvervsaktive borgere i almen genoptræning. I benchmarkinganalysen tages der højde for forskelle i kommunernes rammevilkår. Endeligt indeholder **kapitel 7** en kort beskrivelse af de inspirationstiltag, der indgår i det særskilte inspirationskatalog.

3 Afgrænsning, data og metode

3.1 Afgrænsning af population

I denne analyse undersøges som nævnt fastholdelse eller tilbagevenden til arbejde for de personer, der har modtaget et genoptræningsforløb i kommunerne i relation til en muskel-skeletlidelse. Helt konkret opfylder alle de personer, der indgår i analysepopulationen, følgende betingelser:

- Personen skal være startet i et kommunalt genoptræningsforløb i 2016 eller 2017.
- Personen skal have fået en genoptræningsplan til almen genoptræning med en tilknyttet diagnose inden for muskel-skeletlidelse. Muskel-skeletlidelser er valgt for at sikre en relativ homogen gruppe.
- Personen skal være i beskæftigelse 2 måneder inden den sygehuskontakt, der udløste genoptræningsplanen, og skal være i beskæftigelse mindst 80 timer om måneden. Der er valgt 2 måneder før som nedslagstidspunkt for at tage højde for eventuel ventetid på sygehuset.
- Personen må samtidig ikke have modtaget offentlige ydelser på nedslagstidspunktet 2 måneder før sygehuskontakten.
- Personen har modtaget første genoptræningsydelse inden for 2 måneder efter udskrivning fra sygehuset¹ og har mindst modtaget 2 genoptræningsydelser i forløbet. Der er anvendt genoptræningsdata fra kommunerne til at afgrænse dette.
- Personen er ikke død eller flyttet til udlandet i den periode, der undersøges.

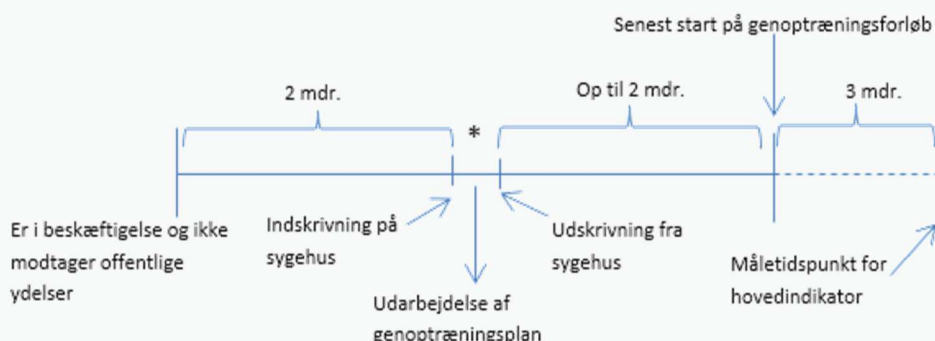
Analysepopulationen, som dækker over både 2016 og 2017, omfatter på den baggrund i alt lidt over 20.000 personer. I bilag 3 om metode kan du læse mere om den nærmere afgrænsning af populationen og forskellige hensyn i den forbindelse.

Som der vendes tilbage til nedenfor måles hovedindikatoren 3 måneder efter genoptræningens start. På den baggrund illustreres i figur 3.1 ovennævnte afgrænsning af populationen samt måletidspunktet for hovedindikatoren.

¹ Genoptræningsforløb starter typisk umiddelbart efter sygehusudskrivning, men for at tage højde for blandt andet udskudt start tillader vi op til 2 måneder før første genoptræningsydelse er modtaget.

Figur 3.1

Illustration af tidsforløbet for afgrænsning af population og måling af hovedindikator



Anm: *96 pct. af analysepopulationen har en indlæggelsestid på sygehuset på 1-3 dage.

3.2 Hovedindikator

Fastholdelse eller tilbagevenden til arbejde (modtager ingen offentlige ydelser)

Grundlæggende ønsker vi at undersøge, hvor stor en andel af de personer, som var i beskæftigelse inden sygehuskontakten, hvor genoptræningsplanen blev udarbejdet, der er forblevet i arbejde eller vendt tilbage i arbejde på et givent tidspunkt efter genoptræningens start.

Det er imidlertid ikke muligt at måle beskæftigelsesstatus ud fra data om beskæftigelse. En person, der har et arbejde, men som er sygemeldt, vil i de fleste tilfælde være registeret som værende erhvervsaktiv i beskæftigelsesstatistikken. Dermed indfanger beskæftigelsesstatistikken ikke i disse tilfælde, at personen er sygemeldt og dermed ikke er tilbage i arbejde.

Derfor måler vi i denne analyse hvorvidt de personer, som før sygehuskontakten var erhvervsaktive, modtager en offentlig ydelse efter genoptræningens start. Modtager man ikke en offentlig ydelse anses man er i arbejde².

Størstedelen af dem, som modtager offentlige ydelser i denne analyse, modtager sygedagpenge (se metodebilaget). I den forbindelse er der en række opmærksomhedspunkter, som er beskrevet nedenfor:

- Uanset ansættelsesforhold er man berettiget til sygedagpenge ved længerevarende sygdomsforløb (forløb på mere end 30 dage). Sygefraværet er registreret fra første sygefraværsdag og ikke første udbetaling af sygedagpenge. I denne analyse ser vi kun på det lange sygefravær³.

² En delanalyse viste, at ca. 1 pct. af analysepopulationen ikke modtager offentlige ydelser, men de dog heller ikke er vendt tilbage i beskæftigelse ifølge beskæftigelsesstatistikken. Disse borgere kan eventuelt være selvforsørgende via en ægtefælle, være flyttet hjem til forældre, vente på uddannelsesstart, være mellem jobs o. lign. Da der ikke er tale om flere, er det samlet set vurderingen at hvorvidt man modtager offentlige ydelser er en relevant proxy for at være tilbage i arbejde. Det har været forsøgt at udelade ovennævnte personer fra analysen, og det viste sig ikke at have væsentlig betydning for resultaterne.

³ Det er i nogle tilfælde muligt at modtage sygedagpenge ved kort sygefravær (mindre end 30 dage). Det gælder blandt andet for nogle nyansatte samt ansatte i små virksomheder. Da registreringen af det korte sygefravær ikke dækker alle, ses der kun på det lange sygefravær i denne analyse.

- En delvis rask-/sygemelding indebærer at arbejde på nedsat tid og derfor delvist modtage sygedagpenge. Dette anses i denne analyse, som at borgeren ikke er selvforsørgende og derfor ikke tilbage i beskæftigelse.

I forhold til en delvis rask-/sygemelding er det selvfølgelig positivt for den enkelte at arbejde få timer fremfor at være fuldt sygemeldt. Men det ikke er muligt at identificere hvor mange timer, den enkelte arbejder under en delvis raskmelding. Det kan være alt fra 1 til 33 timer om ugen⁴. I denne analyse fokuserer vi derfor på den del af populationen, som er selvforsørgende og dermed fuldt tilbage i arbejde. En delvis raskmelding anses her i højere grad som en del af den kommunale indsats for at få borgere tilbage i fuld beskæftigelse.

Ud over sygedagpenge modtager analysepopulationen også andre offentlige ydelser. For nogle offentlige ydelser kan det være svært at afgøre hvorvidt det reelt set har været et succesfuldt forløb eller ej, når det ses i relation til at personerne var selvforsørget og i beskæftigelse inden behandlingsforløbet. Det er fx hvis personer er kommet på SU, pension eller lignende. Personer, der modtager disse ydelser, er udeladt af analysen.

I tabel 3.1 er det opgjort hvornår personer kan siges at være vendt tilbage til arbejde i forhold til hvilke offentlige ydelser, de modtager.

Tabel 3.1

Definitionen på at være vendt tilbage til arbejde¹⁾ opgjort på hvilke offentlige ydelser personen modtager

	Vendt tilbage til arbejde	Ikke vendt tilbage til arbejde	Ikke muligt at afgøre hvorvidt forløbet har været en succes ³
Ydelse	Modtager ikke nogen ydelser	Alle andre ydelser, som ikke er angivet under kolonnen til højre. De mest anvendte ydelser er: Sygedagpenge, dagpenge, kontanthjælp, uddannelseshjælp, fleksjob, ressourceforløb, jobafklaring og øvrige ²	Voksenlærlinge, Orlov, Barselsdagpenge, feriedagpenge ⁴⁾ , SU m. og uden ydelse, VUS/SVU, førtidspension ⁵⁾ , efterløn, folkepension

Anm.: 1) Dækker også over at være fastholdt i arbejde 2) Se metodebilag for komplet liste over ydelser. 3) Det er for disse ydelser ikke muligt at vide om personer, som modtager fx SU, barselsdagpenge eller efterløn, ikke kan varetage sit arbejde eller om der er en naturlig årsag til at de modtager disse ydelser og derved ikke er vendt tilbage i arbejde som inden sygehuskontakten, hvor genoptræningsplanen blev udarbejdet. Der er lidt mindre end 500 personer, som bliver udeladt fordi de modtager disse ydelser. 4) Der er 56 personer, der modtager feriedagpenge 3 måneder efter genoptræningens start 5) Der er ingen, som modtager førtidspension 3 måneder efter genoptræningens start og mindre end 3 efter 6 måneder.

Nedslagstidspunkt for hovedindikatoren

Et succesfuldt forløb defineres som nævnt ud fra, hvorvidt man modtager offentlige ydelser. Det er vigtigt at måle dette på et passende tidspunkt. Det er overordnet set en afvejning mellem at kommunerne skal have mulighed for at yde en indsats over for borgeren (gennem blandt andet genoptræningen) og opnå et resultat af denne indsats inden for måleperioden. Samtidigt vil det være misvisende for analysens formål at bevæge sig for langt væk fra genoptræningens start, da der vil være større risiko for at måle en anden indsats end fx genoptræningen.

I forbindelse med denne analyse er nedslagstidspunkter fra 1 til 6 måneder efter genoptræningens start undersøgt (se bilag 3: metode). I selve benchmarkinganalysen er nedslagstidspunktet for at måle hovedindikatoren sat til 3 måneder efter genoptræningens start både ud fra de ovenstående

⁴ Ifølge lovgivningen kan man arbejde på nedsat tid, hvis man har et sygefravær på mindst 4 timer ugentligt. Det betyder, at en person ansat til 37 timer/uge, kan have en arbejdsuge på 1 til 33 timer ugentligt med en delvis rask-/sygemelding.

overvejelser, og fordi fokus for denne analyse er på det korte sigt. Genoptræningens start defineres ved den dag første genoptræningsydelse er registreret. Der ses dog kort på status efter 6 måneder i forlængelse af benchmarkinganalysen.

3.3 Genoptræningsdata

I løbet af et genoptræningsforløb registrerer kommunerne de genoptræningsydelser, der ydes i forløbet. Disse registreringer er samlet i et datasæt – Genoptræning efter Sundhedsloven (GES-data). Datasættet anvendes i denne analyse til at definere populationen, jf. afsnit 3.1. Datasættet er anvendt med den anerkendelse, at det ikke er komplet og datakvaliteten er varierende. Data er kvalitetssikret ud fra Sundhedsdatastyrelsens kvalitetskrav. Derudover er der sat minimumskriterier for populationsstørrelsen i de enkelte kommuner. I metodebilaget er der en detaljeret gennemgang af kvalitetskravene samt en oversigt over de frasorterede kommuner og årsag til frasortering.

Kvalitetskravene betyder at 21 kommuner udgår fuldstændigt fra analysen, mens 4 kommuner udgår med data for enten 2016 eller 2017. Analysen er altså baseret på 77 kommuner.

Genoptræningsdata opdateres løbende og der er derfor allerede tilgængelige data for både 2018 og noget af 2019. Men på baggrund af det data vi havde tilgængeligt på analysetidspunktet vil under 50 kommuner kunne indgå i analysen som følge af Sundhedsdatastyrelsens kvalitetskrav ved brug af data for 2018 og 2019. På baggrund af overstående samt dialog med Sundhedsdatastyrelsen om data er analysen derfor udelukkende baseret på genoptræningsdata for 2016 og 2017. På trods af visse ændringer på området siden 2016/2017 er den samlede vurdering, at de tværkommunale sammenligninger i nærværende rapport er relevante. Det skal blandt andet ses i lyset af at de anvendte år i rapporten baserer sig på de senest tilgængelige data, hvor det vurderes, at data er brugbart jf. kvalitetsspørgsmålet.

I denne analyse undersøger vi den gruppe, hvor der kan kobles et genoptræningsforløb til en genoptræningsplan. Der ikke er en komplet kobling mellem personer med en genoptræningsplan i sygehusdata og genoptræningsydelser i kommunen, og koblingen kan variere på tværs af kommunerne. Det er undersøgt, hvorvidt den gruppe med en genoptræningsplan, som der ikke kan kobles et genoptræningsforløb på, er systematisk forskellige fra dem, som der kan kobles et genoptræningsforløb på. Resultatet var, at der ikke er en systematisk forskel på dem der indgår i analysen og dem, der ikke gør (se yderligere i bilag 3: Metode).

3.4 Kontrol for rammevilkår i benchmarkinganalysen

Det må forventes, at forskelle på tværs af kommunerne i forhold til andelen på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start i et vist omfang er påvirket af, at kommunerne har forskellige rammevilkår. Rammevilkår er et begreb, som i denne forbindelse bruges om de strukturelle forhold, som den enkelte kommune opererer under. Rammevilkår er generelt kendetegnet ved, at de ikke kan ændres af kommunerne på kort eller mellemlang sigt. I denne analyse er kommunernes rammevilkår bestemt af individkarakteristika, herunder personers sundhedstilstand, branche og socio-økonomiske faktorer.

For at tage højde for kommunernes forskellige rammevilkår estimeres ved hjælp af en logistisk regressionsanalyse sandsynligheden for, at hvert individ i analysen modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. De forudsagte sandsynligheder aggregeres derefter til kommuneniveau og udgør den forventede andel, der modtager offentlige ydelser 3 måneder efter

genoptræningens start på baggrund af kommunens rammevilkår. For nogle kommuner vil den faktiske andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start være højere end man kunne forvente ud fra deres rammevilkår, mens den faktiske andel i andre kommuner vil være lavere end man kunne forvente ud fra deres rammevilkår.

På baggrund af den faktiske og forventede andel, der modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, kan der etableres en benchmarkingindikator for alle kommuner. Benchmarkingindikatoren viser, om den enkelte kommune har en højere eller lavere andel, der modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår. Benchmarkingindikatoren beregnes konkret på følgende måde:

$$\text{Benchmarkingindikator} = \text{faktisk andel} - \text{forventet andel}$$

Benchmarking indikatoren sikrer et bedre sammenligningsgrundlag på tværs af kommuner, hvor der tages højde for en lang række rammevilkår. I boks 3.1 fremgår det, hvordan benchmarkingindikatoren konkret skal fortolkes.

Boks 3.1

Fortolkning af benchmarkingindikatoren

- Benchmarkingindikator større end 0: Der er en højere andel, som modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start i kommunen end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår. En kommune med en benchmarkingindikator på 5 har 5 procentpoint flere som modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår.
- Benchmarkingindikator lig 0: Der er samme andel, som modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, man kunne forvente på baggrund af kommunernes rammevilkår.
- Benchmarkingindikator under 0: Der er en lavere andel, som modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start i kommunen end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår. En kommune med en benchmarkingindikator på -5 har 5 procentpoint færre, som modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår.

3.5 Opmærksomhedspunkter ved benchmarking

Benchmarkingindikatoren er et estimeret tal, som er behæftet med en vis statistisk usikkerhed. Det betyder, at der ikke skal tolkes for håndfast på den konkrete rangering af kommunerne på baggrund af benchmarkingindikatoren. Af den årsag illustreres resultaterne for kommunernes benchmarkingindikator inddelt i kvintiler, således at der kun skelnes mellem de kommuner, der ligger i den bedste femtedel, næstbedste femtedel, midterste femtedel, næst dårligste femtedel og dårligste femtedel.

Meknikken ved en regressionsmodel gør desuden, at man ikke kan konkludere noget om den "naturlige" størrelse på andelen, der modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. Man kan således ikke konkludere, at de kommuner, der klarer sig godt i benchmarkinganalyserne, ikke potentielt kan sænke deres andel yderligere. Det anbefales derfor, at alle kommuner forholder sig til tallene i denne analyse og læser inspirationskataloget, hvor der beskrives en række tiltag i forhold til at nedbringe andelen som modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.

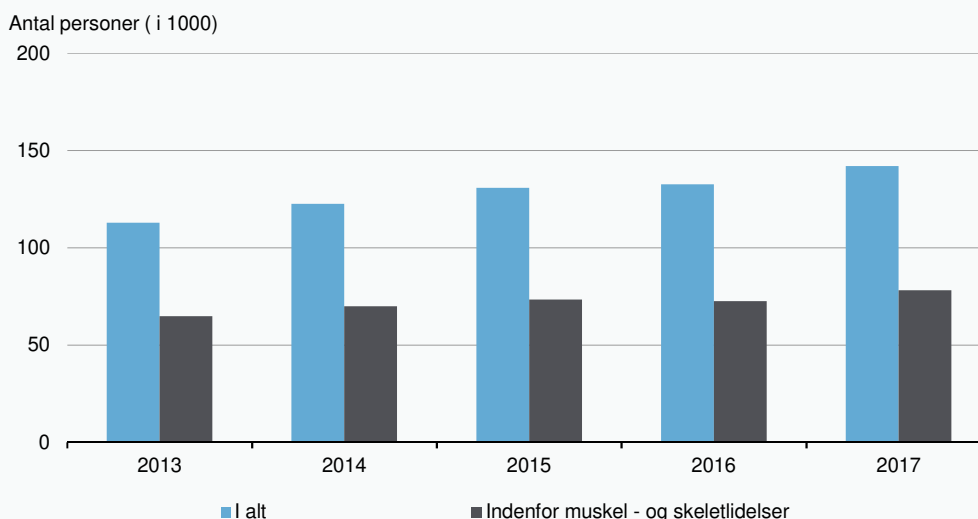
4 Resultater på landsplan

Kommunerne overtog ansvaret for den almene genoptræning i 2007 fra sygehusene. Der var derfor i de første år efter 2007 en markant udvikling på området, da sygehusene skulle indstille sig på en ny praksis, hvor der skulle udarbejdes genoptræningsplaner til kommunerne, som så havde ansvar for og forestod den almene genoptræning. I figur 4.1 ses udviklingen i antallet af genoptræningsplaner de seneste 5 år.

Der er en stigende tendens i antallet af personer udskrevet med en almen genoptræningsplan fra 2013 til 2017. Der blev i 2017 udskrevet næsten 142.000 patienter med en almen genoptræningsplan. Selvom det godt kan lade sig gøre at modtage flere planer i løbet af et år, modtager størstedelen dog kun én genoptræningsplan i løbet af et år. I 2017 blev der udarbejdet lidt mere end 158.000 genoptræningsplaner.

Figur 4.1

Udviklingen i antal personer, der modtog en almen genoptræningsplan, i alt og for muskel-skeletlidelser

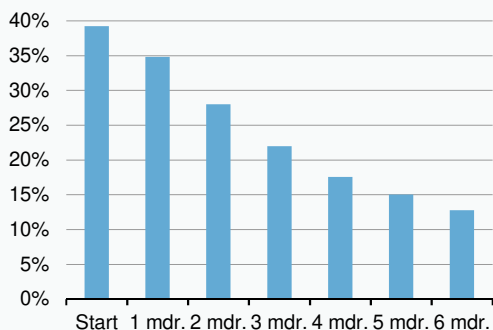
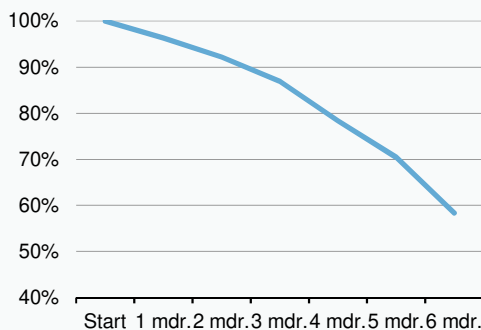


Anm.: Antallet er opgjort som antal personer, man kan derved kun fremgå én gang pr. år. Det er taget udgangspunkt i aktionsdiagnosen, i nogle tilfælde er denne erstattet af en tillægsdiagnose (se mere i metodebilag).

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Omkring halvdelen af de personer, der modtager en genoptræningsplan, har en diagnose inden for muskel-skeletlidelser. I 2017 gjaldt det ca. 78.000 personer, hvilket svarer til 55 pct. I denne analyse er der imidlertid særligt fokus på de borgere, som udover at få genoptræning for en muskel-skeletlidelse, også var i beskæftigelse inden sygehuskontakten. For 2016 eller 2017, som er analyseperioden, drejer det sig samlet set om lidt mere end 20.000 personer, jf. kapitel 3.

Ud af disse godt 20.000 personer, er det 22 pct., som modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, jf. figur 4.2. Størstedelen af analysepopulationen er tilbage i arbejde efter 6 måneder - her er det kun 13 pct. som modtager offentlige ydelser.

Figur 4.2**Andel på offentlige ydelser fra genoptræningens start frem til 6 måneder efter (2016 og 2017)****Figur 4.3****Andelen af dem på offentlige ydelser i den indeværende måned, som har modtaget offentlige ydelser siden genoptræningens start (2016 og 2017)**

Anm.: Personer, som modtager ydelser, som jf. afsnit 3.2, ikke kan anvendes til at definere om forløbet har været en succes (fx SU og efterløn) er udeladt i begge figurer.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 4.3 viser, hvor stor en andel af dem, der var på offentlig ydelse ved forskellige tidsnedslag, som har modtaget en offentlig ydelse siden genoptræningens start. Det ses, at over tid er det en mindre og mindre andel af gruppen på ydelser, som allerede var på ydelser ved starten af genoptræningsforløbet. Ud af dem, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, har 87 pct. været på offentlige ydelser siden genoptræningens start. Til sammenligning er det kun 58 pct. af dem på offentlige ydelser efter 6 måneder, som har været det siden genoptræningens start.

Det vil sige, at udover der bliver færre og færre, som er på ydelser generelt, så er en større og større andel af dem nye ydelsesmodtagere. Der er altså relativ stor udskiftning i, hvem der får offentlige ydelser jo længere væk fra genoptræningens start, man bevæger sig. Samtidigt modtager dem på offentlige ydelser i mindre grad sygedagpenge 6 måneder efter genoptræningsstart i forhold til 3 måneder efter genoptræningens start (se metodebilag). Dette underbygger valget om at måle hovedindikatoren efter 3 måneder, jf. kapitel 3.

5 Udvalgte karakteristika for dem på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start

Antal uger med offentlige ydelser inden genoptræningens start

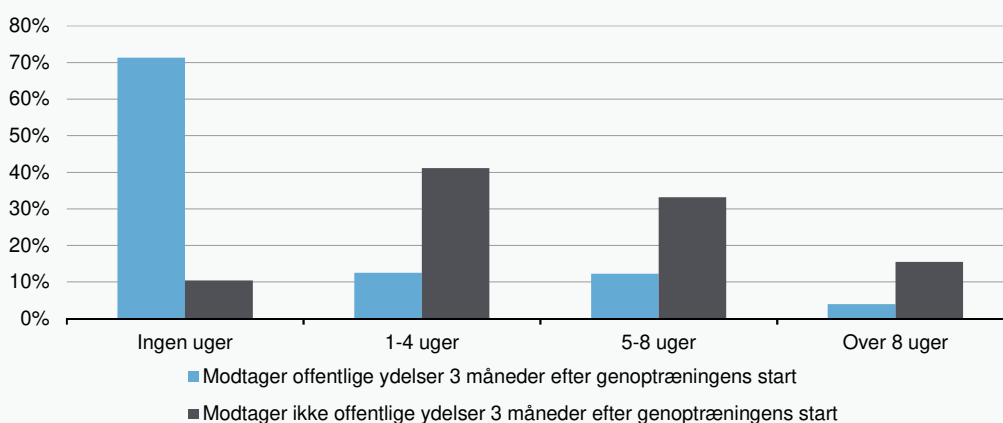
I denne analyse er fokus på personer, der var i beskæftigelse og ikke modtog offentlige ydelser 2 måneder inden sygehuskontakten, hvor der blev udarbejdet en genoptræningsplan. Det er imidlertid muligt, at man var i beskæftigelse 2 måneder inden sygehuskontakten, men bliver sygemeldt fx 1½ måned inden sygehuskontakten, og 30 dage derefter modtager offentlige ydelser i form af sygedagpenge.

Antallet af uger man har modtaget offentlige ydelser fra 2 måneder før sygehuskontakten og frem til genoptræningens start kan ses som et udtryk for tyngden af sygdomsforløbet i forhold til, hvorvidt man kan passe sit arbejde eller ej. Jf. figur 5.1 er det kun 10 pct. af dem, der modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start som ikke har modtaget offentlige ydelser inden genoptræningens start. Til sammenligning har 71 pct. af dem, som ikke modtog offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start heller ikke modtaget offentlige ydelser i samme periode frem til genoptræningens start.

Det ses samtidig, at størstedelen af dem, der modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, har modtaget offentlige ydelser i 1 til 4 uger frem til genoptræningens start⁵.

Figur 5.1

Personer i genoptræningsforløb fordelt på antal uger med offentlige ydelser fra 2 måneder før sygehuskontakt frem til genoptræningens start (2016 og 2017)



Anm.: De ydelser, som jf. afsnit 3.2, ikke kan anvendes til at definere om man er i arbejde, er udeladt her.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

En uddybende analyse har desuden vist, at dem der modtog offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningsstart også i højere grad end andre har modtaget offentlige ydelser på et eller andet tidspunkt i året forinden sygehuskontakten, hvor genoptræningsplanen blev udarbejdet. Disse per-

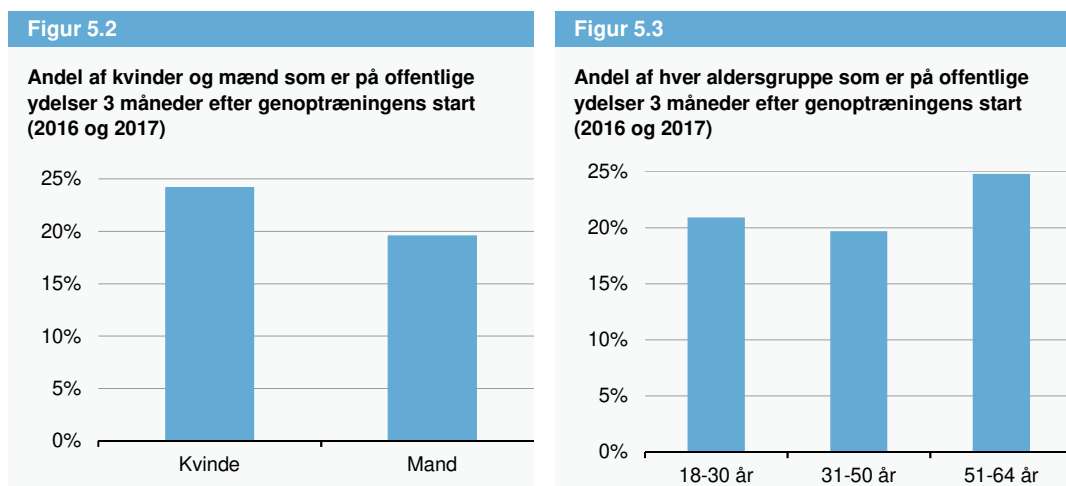
⁵ Ved sygedagpenge måles fra 1. fraværsdag

soner var altså i beskæftigelse 2 måneder inden sygehuskontakten (for at indgå i vores population), men har i det seneste år op til de 2 måneder inden sygehuskontakten modtaget offentlige ydelser i en eller flere uger og har dermed været ledig, haft et længerevarende sygdomsforløb el.lign.⁶

Det vil sige, at hvis man generelt har modtaget offentlige ydelser i året op til de 2 måneder før sygehuskontakten, så er der også en tendens til, at man er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. Her er det i højere grad en indikation på den enkeltes generelle tilstand eller situation end på tyngden af det pågældende forløb, som genoptræningsplanen kan henføres til.

Køn og alder

Næsten hver fjerde kvinde er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, mens det kun er hver femte mand. Udover at der er forskel i forhold til køn, er der også forskel i forhold til alder. Blandt den del af populationen som er over 50 år, er der flere, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start end blandt de yngre aldersgrupper. Dette gælder selvom personer, der går på efterløn eller folkepension i løbet af analyseperioden, ikke er medtaget i analysen.



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

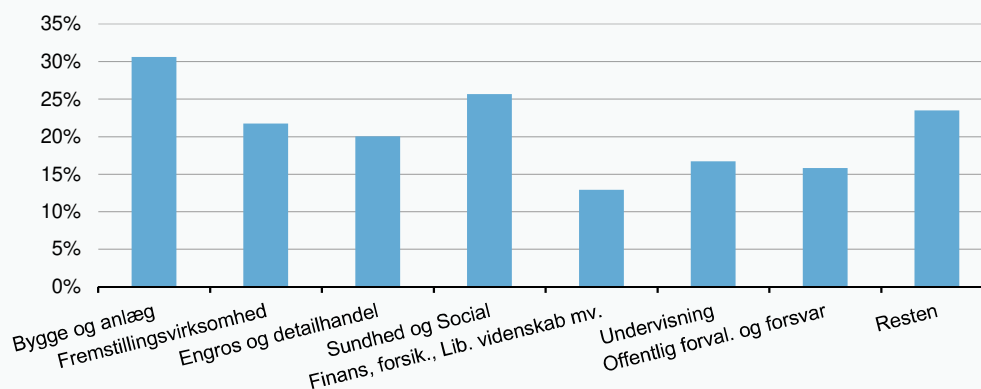
Branche

Det kan konstateres, at der er forskel på, hvor stor en andel der modtager en offentlig ydelse 3 måneder efter genoptræningsstart alt efter hvilken branche man arbejder i. De personer, der er beskæftiget i en branche, som er karakteriseret ved fysisk arbejde er i højere grad på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start end andre brancher. Det giver god mening i betragtning af, at der i denne analyse er fokus på muskel-skeletlidelser. I bygge – og anlægsbranchen er ca. hver tredje på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, jf. figur 5.4. Til sammenligning gælder det kun for 13 pct. i finans –, forsikring – og vidensbranchen.

⁶ Ydelser såsom SU, barsel og efterløn indgår ikke. Se mere i afsnit 3.2

Figur 5.4

Andel i hver branche, som modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start (2016 og 2017)



Anm.: Resten inkluderer Landbrug, jagt, skovbrug og fisker, råstofudvinding, El -, gas- og fjernvarmeforsyning, vandforsyning, Transport og godshåndtering, Overnatningsfaciliteter og restaurationsvirksomhed, information og kommunikation, administrative tjenesteydelser og hjælpetjenester, kultur, forlystelser og sport, andre serviceydelser, private husholdninger med ansat hjælp, Eksterritoriale organisationer og organer

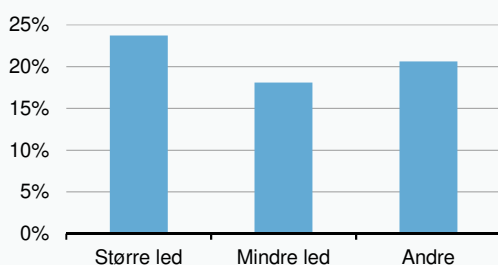
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Diagnose og operation

18 pct. af dem med en diagnose i de mindre led er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, mens det gælder for 24 pct. af dem med en diagnose i de større led⁷. Det hænger til dels sammen med at en større andel af dem, der er blevet opereret i forbindelse med udarbejdelsen af genoptræningsplanen, har en diagnose relateret til de større led. Som figur 5.6 viser, er det hver tredje af dem, som er blevet opereret, der modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. Det gælder uanset diagnose. Modsat er det kun 15 pct. af dem, som ikke er opereret, som modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.

Figur 5.5

Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start for hver diagnosegruppe (2016 og 2017)

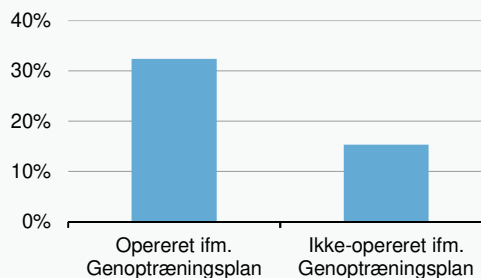


Anm.: Mindre led dækker over skulder/overarm, albue/underarm, hånd/håndled, knæ/underben, ankel/fod. Større led dækker over hofte, knæ, ryg, skulder, hoved/hals, mave/lænd/bækken, hofte/lår. Andre dækker over andre former for slidgigt, ledsygdomme, bløddelsvæv, muskler, kongler og bindevæv, læsioner, forgiftninger, uspecificerede kontakter, kræft, sygdomme i nervesystemet, sygdomme i huden, medfødte misdannelser og abnorme fund.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 5.6

Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start for dem som er opereret og ikke opereret omkring udarbejdelsen af genoptræningsplanen(2016 og 2017)



⁷ Mindre led dækker over overarm, albue/underarm, hånd/håndled, knæ/underben, ankel/fod. Større led dækker over hofte, knæ, ryg, skulder, hoved/hals, mave/lænd/bækken.

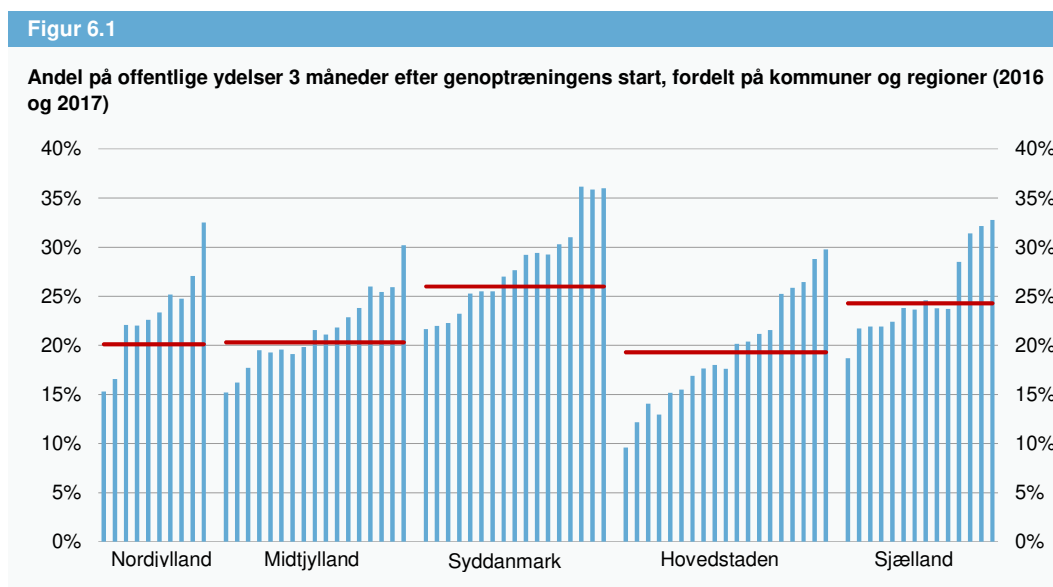
6 Forskelle mellem kommunerne

I dette kapitel gennemføres en benchmarkinganalyse af forskelle på tværs af kommuner i forhold til andelen på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.

6.1 Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start fordelt på kommuner

På landsplan modtager 22 pct. en offentlig ydelse 3 måneder efter genoptræningsstart. Det dækker dog over en betydelig variation på tværs af kommunerne, jf. figur 6.1. I kommunen med den laveste andel på offentlige ydelser 3 måneder efter start på genoptræningen, er hver 10. på offentlige ydelser. I kommunen med den største andel er det mere end hver tredje, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.

Der ses samtidigt markante forskelle mellem kommunerne inden for samme region i forhold til hvor stor en andel, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start før man kontrollerer for rammevilkår. Forskellen mellem kommunerne inden for regionerne er på mindst 14 procentpoint.



Anm.: Den vandrette streg angiver det vægtede gennemsnit for hver region

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

6.2 Benchmarking med kontrol for rammevilkår

Noget af variationen mellem kommunerne kan skyldes forskelle i rammevilkår. For at lave en mere retvisende sammenligning af kommunerne tages der derfor i dette afsnit højde for en lang række forskelle i kommunernes rammevilkår. Rammevilkår udgør i denne sammenhæng strukturelle vilkår som kommunen opererer under, der ikke kan påvirkes på kort eller mellemlang sigt.

Som beskrevet i kapitel 3 tages der højde for rammevilkår ved hjælp af en logistisk regressionsanalyse. Nogle af de faktorer, som der er taget højde for, er beskrevet i kapitel 5. Det er blandt andet branche og antal uger med offentlige ydelser inden genoptræningens start, som viste sig at have betydning for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. Derudover er der taget højde for en række yderligere rammevilkår såsom demografi, beskæftigelsesgrad og sundhedstilstand.

På den baggrund er risikoen for at modtage offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start estimeret. En positiv sammenhæng betyder, at de beskrevne karakteristika *øger* risikoen for at modtage offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. Mens en negativ sammenhæng betyder, at de beskrevne karakteristika *mindsker* risikoen for at modtage offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. I tabel 6.1 nedenfor fremgår de rammevilkår, der er fundet at have betydning for risikoen for at være på en offentlig ydelse 3 måneder efter genoptræningsstart.

Tabel 6.1

Rammevilkår i benchmarkinganalysen

Variabel	Retning	Forklaring
Diagnose (reference: slidgigt, hofte) ¹⁾	+/-	Der er mindre risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start for personer med en diagnose som læsion af albue/underarm, hånd/håndled, knæ/knæskal og ankel/fod. Ved de resterende diagnoser er der større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start sammenlignet med slidgigt i hoften.
Kontakt til fysio – og ergoterapeut i praksissektoren under genoptræning	+	Hvis man har været hos en privat praktiserende fysio – eller ergoterapeut (efter henvisning fra egen læge) under genoptræningsforløbet har man generelt større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. Sammenhæng indikerer formentligt, at tilstanden hos personer med denne kontakt generelt er "tungere" end andre.
Operation tidligst 14 dage før udarbejdelse af genoptræningsplan	+	Der er større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, hvis man er blevet opereret indenfor 14 dage før modtagelsen af genoptræningsplan.
Antal kontaktdage til sygehus – fra udskrivning på sygehus, hvor genoptræningsplan er udarbejdet og 2 måneder før	+	Jo flere kontaktdage til sygehuset, jo større risiko for at modtage offentlige ydelser 3 måneder efter start på genoptræningsforløbet. Variablen måler en form for tyngde af den enkeltes tilstand op til registrering af genoptræningsplanen. Variablen indeholder liggetiden i forbindelse med den sygehuskontakt, hvor genoptræningsplanen blev udarbejdet.
Akut indlæggelse	+	Der er større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, hvis modtagelsen af genoptræningsplan er sket under en akut indlæggelse på sygehuset. Det kan indikere en pludselig hændelse som fald, læsion mm., der ligger til grund for tilstanden, som genoptræningen drejer sig om.
Fuldtidsbeskæftiget	-	Der er mindre risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, hvis man er fuldtidsansat sammenlignet med deltidsansat inden modtagelse af genoptræningsplan.
Køn (Reference: Mand)	+	Der er større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, hvis man er kvinde.
Alder (Reference: 18-25 år)	+	Der er større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, hvis man er over 25 år.
Samboende partner (Reference: Ikke samboende)	-	Er du samboende med en partner er der mindre risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.
Oprindelsesland (Reference: Danmark)	+	Personer med et andet oprindelsesland end Danmark har større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.
Indkomst, året inden genoptræning	-	Jo højere disponibel indkomst året inden genoptræningen, jo mindre risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start
Højest fuldførte uddannelse (Reference: grundskole)	-	Personer, hvis højest fuldførte uddannelse er gymnasial, kort -, mellem – eller lang videregående har mindre risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start end personer med grundskole, en erhvervsfaglig uddannelse eller øvrige.

Branche (Reference: Bygge og anlæg) ²⁾	-	Sammenlignet med personer ansat i bygge - og anlægsbranchen, har personer i andre brancher mindre risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.
Sygehusspecialet tilknyttet udarbejdelsen af genoptræningsplanen (Reference: Fys/ergo og ortopædkirurgisk)	+/-	Det tilknyttede sygehusspeciale kan være et udtryk for sygehusets praksis. Sammenlignet med fysio- /ergoterapeutisk specialet er der mindre risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, hvis specialet, hvor genoptræningsplanen er registreret, er neurokirurgi. Mens der er større risiko, hvis specialet er reumatologi.
Andel almene genoptræningsplaner modtaget i kommunen (Reference: 77-85 pct.)	+	I forhold til referencegruppen på 77-85 pct. af almene genoptræningsplaner, har personer i andre grupper højere risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.
Befolkningstæthed (Reference: op til 100 indbyggere pr. km ²)	-	Personer med en bopælskommune med over 100 indbyggere pr. km ² har mindre risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start end personer med en bopælskommune på under 100 indbyggere pr. km ² .
Antal kontakter til almen praksis op til 6 måneder før indskrivning på sygehus (Reference: 0-2 kontakter)	+	Jo flere kontakter til almen praksis inden registrering af genoptræningsplan jo større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.
Psykisk lidelse (Reference: ingen psykisk lidelse)	+	Personer med en psykisk lidelse har større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.
Komorbiditet (Reference: ingen komorbiditet)	+	Personer med komorbiditet har større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. Komorbiditet er et udtryk for at man lider af én eller flere alvorlige sygdomme.
Antal uger med offentlige ydelser fra 2 måneder før sygehuskontakt til start genoptræning	+	Jo flere uger som modtager af offentlige ydelser i forbindelse med forløbet fra 2 måneder før sygehuskontakt til genoptræningens start, jo større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.
Antal uger med offentlige ydelser det seneste år op til 2 måneder før sygehuskontakt	+	Jo flere uger som modtager af offentlige ydelser det seneste år, jo større risiko for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.
Måned for hovedindikatoren (Reference: Januar)	-/+	Der er mindre risiko for at modtage offentlige ydelser, hvis hovedindikatoren måles fra marts til november end hvis det er i vintermånederne (December til februar)

Anm.: Se metodebilag for oversigt over signifikansniveau, koefficienter og marginale effekter.

1) Der kontrolleres for i alt 21 diagnoser, se metodebilag for oversigt

2) Der kontrolleres for i alt 15 brancher, se metodebilag for oversigt

Variablenes retning skal tolkes i relation til, at alle de øvrige variable holdes konstante. Eksempelvis betyder resultatet for fuldtidsbeskæftigelse, at selv når der er taget højde for variationen i de andre variable, har personer, der arbejder fuldtid forud for modtagelse af genoptræningsplanen en mindre risiko for at modtage offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start end dem der ikke gør. Der er desuden kontrolleret for hvilket år, man starter i sit genoptræningsforløb. Variablen er afrapporteret i metodebilaget.

Ud over de nævnte rammevilkår i tabel 6.1 er en række yderligere faktorer undersøgt. Disse faktorer er ikke inkluderet i den endelige model, da de enten ikke er signifikante eller ikke bidrager til forklaringskraften.

Det er eksempelvis undersøgt, hvorvidt sygehusspecifikke faktorer har betydning. Kommunerne modtager de almene genoptræningsplaner fra sygehusene, og dermed kan kommunerne ikke påvirke hvilke borgere, de skal tilbyde genoptræning. Sygehusenes praksis i forhold til at udarbejde genoptræningsplaner varierer. Indenfor bl.a. muskel-skeletlidelser er der store forskelle på, hvor stor en andel, der modtager en genoptræningsplan på tværs af sygehusene. Variationen kan skyldes enten en forskel i tyngden af borgere på tværs af sygehusene eller forskelle i praksis.

Det kan dog konstateres, at der ikke er en signifikant sammenhæng mellem andelen af borgere, der får en genoptræningsplan på det sygehus, hvor genoptræningsplanen er registreret, og hvorvidt personerne er på offentlig ydelse 3 måneder efter genoptræningsstart, ligesom variabelen ikke bidrager væsentligt til forklaringsgraden.

Jf. figur 6.1 var der visse regionale forskelle på hvordan kommunerne klarer sig, og på den baggrund kunne man overveje at kontrollere for regioner. Vi har valgt i denne analyse ikke at kontrollere for det behandlende sygehus eller region for bopælskommunen af flere årsager.

For det første er der en risiko for at kontrollere for en del af kommunernes praksis ved at inddrage variablene. Det kan være tilfældet, at kommunerne inden for en region har en særlig god praksis eller at nogle kommuner har et særligt godt samarbejde med sygehusene. Derudover viste en supplerende analyse, hvor variablene blev inkluderet, at variablene var insignifikante og ikke bidrog til forklaringsgraden. Derudover ændrede det ikke væsentligt på hvordan kommunerne klarer sig i benchmarkinganalysen. På baggrund af disse resultater kombineret med risikoen for at neutralisere effekten af praksisforskelle, er variablene derfor udeladt af denne analyse.

Derudover er der flere individspecifikke faktorer, som der er forsøgt kontrolleret for, men ikke inkluderet i analysen. Heriblandt flere faktorer, der berører den enkeltes beskæftigelse, det er f.eks. anciennitet hos den virksomhed, man er ansat hos 2 måneder før sygehuskontakten. Men variabelen var insignifikant og bidrog ikke til forklaringsgraden og blev derfor ikke inkluderet i den endelige model. Derudover er der forsøgt kontrolleret for om man er ansat i den private eller offentlige sektor, denne variabel viste sig at være stærkt korreleret med branche og blev derfor også ekskluderet fra den endelige model. I metodebilaget fremgår en liste over de faktorer, som er undersøgt, men som ikke er inkluderet i den endelige model grundet insignifikans, multikollinearitet og som ikke bidrog væsentligt til forklaringsgraden.

Benchmarkingresultater

På baggrund af de inkluderede rammevilkår som er beskrevet ovenfor i tabellen er der ud fra individdata for hver kommune beregnet den forventede andel af individer, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.

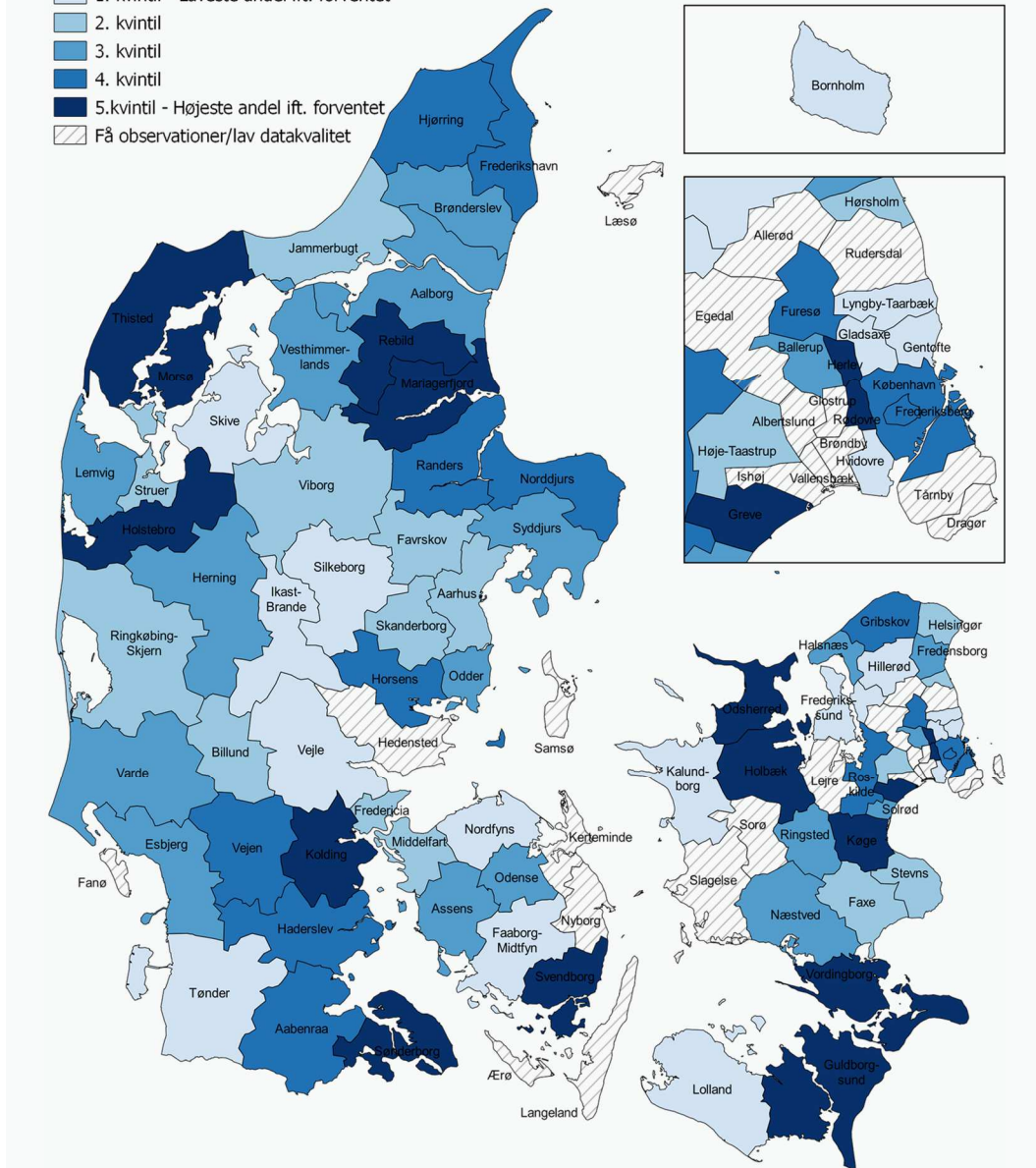
På baggrund af dette beregnes benchmarkingindikatoren, som forskellen mellem den faktiske og forventede andel, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningsstart for hver enkelt kommune.

Hvis benchmarkingindikatoren er positiv er det ensbetydende med, at der er flere på offentlig ydelse 3 måneder efter genoptræningsstart end man kunne forvente på baggrund af kommunens rammevilkår. Og hvis benchmarkingindikatoren er negativ er det omvendt udtryk for at færre er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningsstart end man kunne forvente. I figur 6.2 ses hvordan de enkelte kommuner klarer sig målt på benchmarkingindikatoren.

Figur 6.2

Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start i forhold til hvad man kunne forvente pba. kommunernes rammevilkår (2016 og 2017), 1. kvartil = klart sig bedst

- 1. kvartil - Laveste andel ift. forventet
- 2. kvartil
- 3. kvartil
- 4. kvartil
- 5. kvartil - Højeste andel ift. forventet
- Få observationer/lav datakvalitet



Anm.: Første kvartil dækker over de 20 % kommuner, som har klart sig bedst i forhold til hvad man kunne forvente på baggrund af kommunernes rammevilkår. Femte kvartil dækker over de 20 % kommuner, som har klart sig dårligst i forhold til hvad man kunne forvente på baggrund af kommunernes rammevilkår.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

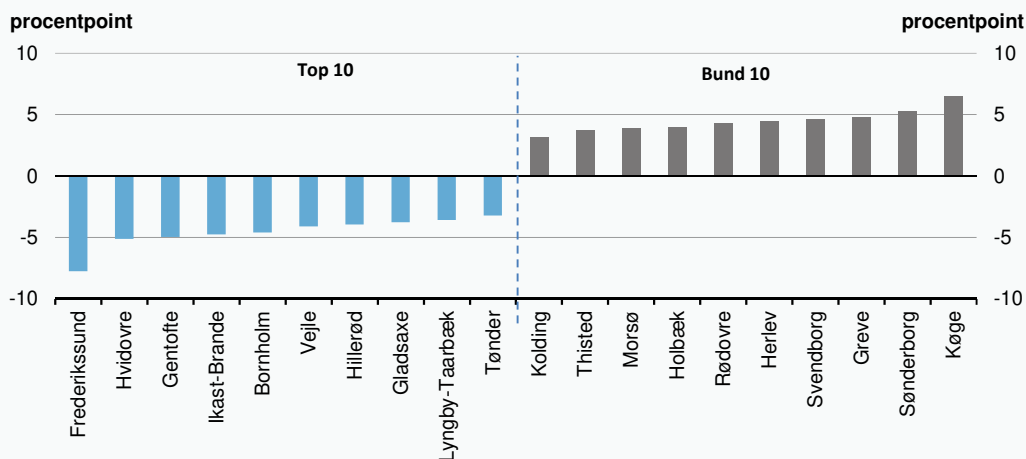
De kommuner, der indgår i 1. kvartil, har den laveste andel, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningsstart, i forhold til hvad man kunne forvente på baggrund af kommunernes rammevilkår. Mens kommunerne i 5. kvartil har den højeste andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningsstart, i forhold til hvad man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår.

I figur 6.3 ses de 10 kommuner, som har klart sig bedst, i forhold til hvad man kunne forvente, og de 10 kommuner, som har klart sig dårligst. Frederikssund Kommune, som har klart sig bedst,

har næsten 8 procentpoint færre på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningsstart, end man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår, mens Køge Kommune ligger i bunden med mere end 6 procentpoint flere på offentlige ydelser, end man kunne forvente. Ser vi på gennemsnittet af de 10 bedste kommuner har kommunerne i gennemsnit klaret sig 4,6 procentpoint bedre end forventet, mens de 10 dårligst placerede kommuner har klaret sig 4,4 procentpoint dårligere end forventet.

Figur 6.3

De 10 kommuner med højeste og lavest andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start ift. forventet (2016 og 2017)



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I bilag 1: "Sådan placerer din kommune sig" kan man blandt andet se den faktiske andel, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start og den forventede andel under hensyntagen til rammevilkår for hver kommune.

Andel på offentlige ydelser 6 måneder efter genoptræningens start

Som det fremgik af kapitel 4 er færre og færre på offentlige ydelser, jo længere væk fra genoptræningens start, man kommer. Samtidigt modtog man, som tidligere nævnt, i højere grad andre ydelser end sygedagpenge, hvis man var på offentlige ydelser 6 måneder efter genoptræningens start i forhold til efter 3 måneder (se metodebilag)

Gentages samme benchmarkinganalyse, men hvor indikatoren er målt ud fra hvordan kommunerne klarer sig 6 måneder efter genoptræningens start, er kommunernes placering ofte en anden. Det er altså ikke umiddelbart de samme kommuner, der klarer sig godt efter henholdsvis 3 måneder og 6 måneder. Det kan skyldes flere ting. For det første kan det netop skyldes, at mere end 40 pct. af borgerne på ydelser efter 6 måneder efter genoptræningsstart er "nye" ydelsesmodtagere jf. figur 4.3 i kapitel 4. Grunden til, at personer modtager ydelser efter 6 måneder er altså formentlig ikke i samme grad relateret til den tilstand eller lidelse, som genoptræningsplanen er tilknyttet. Derfor er det heller ikke nødvendigvis så overraskende, at der er forskel på, hvordan kommunerne klarer sig efter hhv. 3 og 6 måneder.

Forskellen mellem indikatoren efter 3 måneder og 6 måneder kan eventuelt også afspejle en reel forskel i kommunernes prioriteringer i genoptrænings – og beskæftigelsesindsatsen. Hvor nogle

måske prioriterer og er gode til at få personer med relativt korte forløb tilbage i job, kan andre være særligt gode til at få borgere med længere forløb tilbage i job.

Sammenhæng mellem kommunernes placering og genoptræningsforløbet i kommunen

Fokus i denne analyse har været at se på, hvor gode kommunerne er til at få borgeren hurtigt tilbage i beskæftigelse i forbindelse med deres genoptræningsforløb. Det er i den forbindelse undersøgt, hvorvidt der er en sammenhæng mellem ventetider i kommunerne samt det gennemsnitlige antal genoptræningsydelser i genoptræningsforløbene og andelen på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.

Til at undersøge sammenhæng mellem ventetider og andel på offentlige ydelser er Sundhedsdatastyrelsens offentliggjorte ventetider anvendt, mens det gennemsnitlige antal genoptræningsydelser er opgjort ud fra genoptræningsdata (se metodebilaget). Der er ikke fundet en sammenhæng mellem ventetider og gennemsnitlige antal ydelser i forhold til andelen på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.

Man skal dog være påpasselig med at drage håndfaste konklusioner på baggrund af dette. Den manglende sammenhæng kan til dels skyldes datakvaliteten af genoptræningsdatasættet, som er anvendt til beregning af ventetider og gennemsnitlig antal ydelser (se yderligere i metodebilaget). Derudover kan begge variable også være et udtryk for både praksis og tyngde (dvs. generelt vil det gælde, at jo flere genoptræningsydelser man får, des tungere må ens tilstand siges at være) – og hvis det er udtryk for tyngde, er der jf. tidligere tabel 6.1 allerede taget højde for en række forhold, der afspejler tyngde, og det kan så være grunden til, at der ikke ses en sammenhæng mellem fx antal ydelser og andelen, der modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.

7 Tiltag til inspiration

Den kvantitative benchmarkinganalyse har vist, at der er et potentiale for at sænke andelen af de erhvervsaktive med en muskel-skeletlidelse i et genoptræningsforløb, som ikke er i arbejde 3 måneder efter genoptræningens start.

Det er derfor undersøgt, hvordan en række af de kommuner, der klarede sig godt i benchmarkinganalysen, har arbejdet med at sikre, at erhvervsaktive med muskel-skeletlidelser i et genoptræningsforløb er i arbejde efter genoptræningens start.

Der vil være en del af de erhvervsaktive, som grundet den tilstand, som genoptræningen drejer sig om, bliver sygemeldt i længere tid fra deres arbejde. Det vil i visse tilfælde også være nogle som bliver ledige under forløbet. For at sikre, at de erhvervsaktive bibeholder eller vender tilbage til arbejdet er det ikke kun genoptræningsindsatsen, der er vigtig. Det vil i høj grad også være beskæftigelsesindsatsen samt samarbejdet på tværs af de to områder for at sikre en helhedsorienteret indsats, som er vigtig. Tiltagene retter sig derfor både mod genoptræningsindsatsen, beskæftigelsesindsatsen og samarbejdet mellem genoptræningsenheden og jobcentret.

Der er på den baggrund udarbejdet et inspirationskatalog til kommunerne med konkrete tiltag. Formålet med inspirationskataloget er at give de enkelte kommuner mulighed for at hente inspiration fra andre kommuners arbejde med området.

Formålet er ikke at undersøge eller vurdere effekten af de enkelte tiltag ud fra en strengt evidensbaseret tilgang. Formålet er i højere grad at afdække hvordan nogle af de kommuner, som klarede sig godt i benchmarkinganalysen, arbejder med genoptrænings – og beskæftigelsesområdet for at sikre at de erhvervsaktive bibeholder deres arbejde eller vender tilbage i beskæftigelse efter et sygdomsforløb, og efter de er startet i et genoptræningsforløb.

Inspirationskataloget, som udgør et særskilt dokument, er udarbejdet af COWI på vegne af Social – og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. Det er baseret på interviews med ti af de kommuner, som klarede sig godt i benchmarkinganalysen, når der er taget højde for rammevilkår. I *bilag 3: Metode* er den kvalitative analysetilgang beskrevet nærmere.

Kommunerne kan i varierende grad allerede arbejde med et eller flere tiltag, der præsenteres i kataloget, men det er vurderingen at alle kommuner med fordel kan forholde sig til hvert enkelt af de fremhævede tiltag. I tabel 7.1 nedenfor ses en oversigt over de tiltag, der beskrives i inspirationskataloget. Tiltagene er inddelt i tre temaer:

1. Tiltag med borgeren
2. Tiltag, der styrker arbejdsgange, samarbejde og medarbejderens kompetencer
3. Organisatoriske og styringsmæssige tiltag

Tabel 7.1

Oversigt over tiltag i inspirationskataloget

Tiltag med borgeren	
Tiltag 1	Alle relevante aktører samles til samtaler med borgeren
Tiltag 2	Beskæftigelsesrettede borgersamtaler i genoptræningsenheden
Tiltag 3	Parallel indsats med genoptræning og tilbagevenden til arbejdet
Tiltag 4	Hjemmeprogrammer med opfølgning og fri adgang til kommunens træningscenter
Tiltag der styrker arbejdsgange, samarbejde og medarbejdernes kompetencer	
Tiltag 5	Udviklingsmedarbejdere i genoptræningsenheden
Tiltag 6	Medarbejdere med dobbeltfaglighed i jobcentret
Tiltag 7	Fremskudt medarbejderfunktion
Tiltag 8	Lægefaglige kompetencer i jobcentret
Tiltag 9	Brobygningsforløb på tværs
Tiltag 10	Standardiseret genoptræningsforløb som vejledning for borgerens indsats
Tiltag 11	Kiggeadgang til hinandens fagsystemer
Organisatoriske og styringsmæssige tiltag	
Tiltag 12	Fælles politisk og administrativ ledelse
Tiltag 13	Nøgletal til styring af fremdrift i sygedagpengeforløb
Tiltag 14	Tværkommunale klyngesamarbejder
Tiltag 15	Etablering af fagligt visitationsteam
Tiltag 16	Fagspecialisering af medarbejdere