

Bilag 3: Metode

Fastholdelse eller tilbagevenden til arbejde i forbindelse med almen genoptræning



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 Afgrænsning af population	3
2 Hovedindikator.....	5
3 Genoptræningsdata.....	9
4 Opmærksomhedspunkter ved benchmarking	13
5 Rammevilkår og regressionsresultater.....	13
5.1 Rammevilkår.....	13
5.2 Regressionsresultater.....	18
5.3 Faktorer udeladt af den endelige model.....	20
6 Afdækning af tiltag til inspiration hos kommunerne.....	21

1 Afgrænsning af population

I denne analyse er der fokus på personer, som har modtaget et genoptræningsforløb i kommunerne som følge af en muskel – og skeletlidelse, og som var i beskæftigelse forud for den sygehuskontakt, hvor der blev udarbejdet en genoptræningsplan. Formålet med analysen er at undersøge deres tilbagevenden til arbejdsmarkedet efter genoptræningens start.

Der er følgende forudsætninger for at indgå i analysepopulationen:

1. Der er udarbejdet en genoptræningsplan for personen til almen genoptræning i kommunen med en tilknyttet diagnose indenfor MDC 08 (muskel- og skeletlidelser).
2. Personen var i beskæftigelse 2 måneder før den sygehuskontakt, der udløste en genoptræningsplan. Personen skal være beskæftiget mindst 80 timer den måned, hvilket svarer til en mindst halv tid. Samtidig må personen ikke modtage nogen offentlige ydelser 2 måneder før sygehuskontakten.
3. Personen har som følge af genoptræningsplanen påbegyndt et genoptræningsforløb i kommunen og har modtaget første genoptræningsydelse inden for 2 måneder efter udskrivning fra sygehuset. Der er anvendt genoptræningsdata fra kommunerne til at afgrænse dette.
4. Personen er ikke død eller flyttet til udlandet i den periode, der undersøges.

Ad 2) De 2 måneder før er et nedslagstidspunkt og denne afgrænsning er foretaget ud fra et ønske om at isolere den gruppe, som var erhvervsaktive forud for den tilstand, der er tilknyttet genoptræningsforløbet. Nedslagstidspunktet på de 2 måneder inden er sat for at ramme et tidspunkt så tæt på sygehuskontakten som muligt, hvor den tilstand som genoptræningen er knyttet til, ikke er indtrådt endnu i form af et længerevarende sygefravær. Dermed vil det i tilfælde af en sygemelding under genoptræningsforløbet kunne siges med større sikkerhed, at sygemeldingen er relateret til den tilstand, som genoptræningsforløbet drejer sig om.

Hvorvidt personen er i beskæftigelse og ikke modtager offentlige ydelser kunne også vælges at måle tættere på behandlingstidspunktet. Men fordi der kan være ventetid i forhold til sygehusbehandling, måler vi, beskæftigelse og hvorvidt man modtager offentlige ydelser, 2 måneder før den sygehuskontakt, hvor genoptræningsplanen blev udarbejdet.

Kriteriet er opgjort ved at se på, hvorvidt man modtager offentlige ydelser 7, 8 og 9 uger før sygehuskontakten. Hvis man har modtaget offentlige ydelser i mere end 1 ud af de 3 uger, ekskluderes man fra analysen.

Ad 3) For at sikre at den enkelte har modtaget et genoptræningsforløb i kommunen, er der opstillet 2 kriterier.

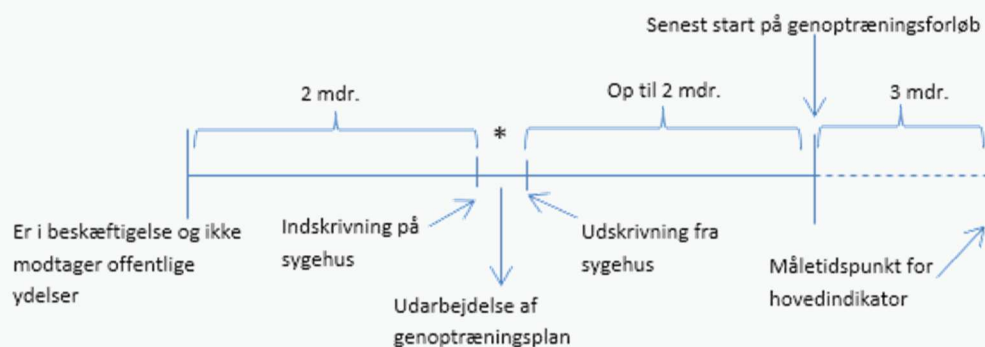
1. Man har modtaget 1. genoptræningsydelse indenfor 60 dage fra man er udskrevet med en genoptræningsplan fra sygehuset. 1. ydelse modtages typisk umiddelbart efter sygehusudskrivning. Men der er flere forhold, som gør at vi tillader en tidsafgrænsning på 60 dage fra udskrivelse.
 - a. Der laves et vindue på to måneder i tilfælde af ens lidelse eller en eventuel operation gør det nødvendigt at have forskudt start på genoptræningen.
 - b. Der i data ikke en entydig kobling mellem genoptræningsplan og genoptræningsforløb i kommunen. Tidsafgrænsningen vælges derfor

- også for at sandsynliggøre, at det faktiske genoptræningsforløb tilknyttes den identificerede genoptræningsplan.
- c. Usikkerheder i dataregistreringen i forhold til dato for udarbejdelse og modtagelse af genoptræningsplan.
2. Man har modtaget mindst 2 genoptræningsydelser i løbet af ens genoptræningsforløb knyttet til genoptræningsplanen. Der er et krav om minimum 2 genoptræningsydelser for at sikre, at der faktisk har været et forløb hos kommunen og ikke bare en kontakt, hvor borgeren har sagt nej tak. Genoptræningsforløbet afgrænses til at være genoptræningsydelser modtaget inden for et år fra første ydelse, eller hvis der er modtaget en ny genoptræningsplan fra sygehuset.

Afgrænsningen af populationen indebærer en del tidsmæssige aspekter. I figur 1.1 er det illustreret grafisk. Populationen afgrænses sådan, at personerne 2 måneder før den sygehusindskrivning, hvor genoptræningsplanen er udarbejdet, er i beskæftigelse og ikke modtager offentlige ydelser. Der ses på to måneder før, fordi der kan være ventetid i forbindelse med behandling på sygehuset. Det er altså muligt at blive sygemeldt fx 1½ måned før sygehusindskrivning og modtage offentlige ydelser fx i form af sygedagpenge og stadig indgå i populationen. Som det kan ses af figur 1.1 måles hovedindikatoren 3 måneder efter start på genoptræningsforløbet, dette uddybes i næste afsnit.

Figur 1.1

Illustration af tidsforløbet for afgrænsning af population og måling af hovedindikator



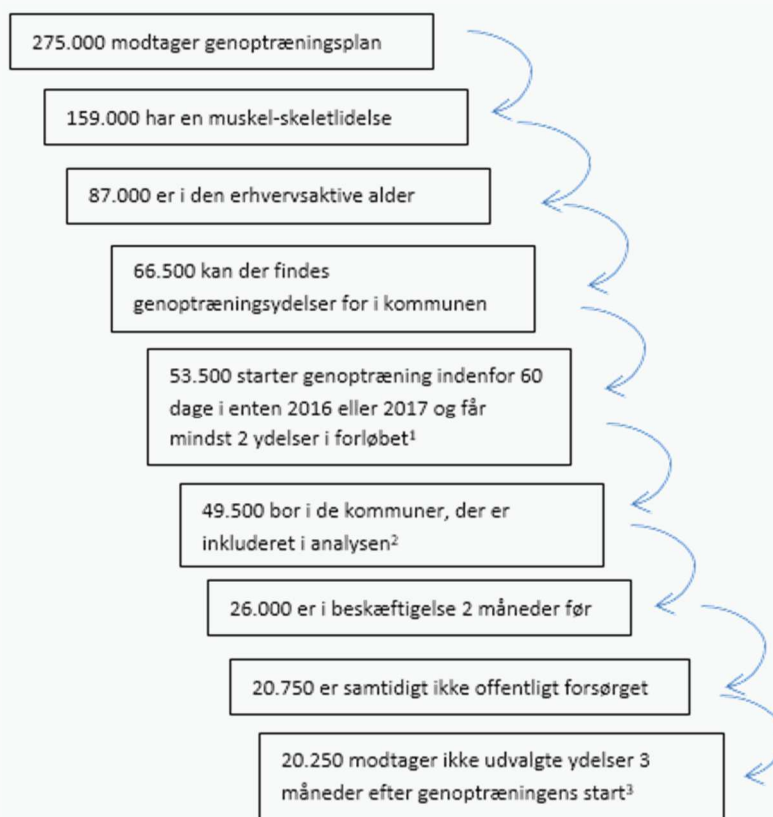
Anm: *96 pct. af analysepopulationen har en indlæggelsestid på sygehuset på 1-3 dage.

Der fokuseres i analysen udelukkende på personer, som ud fra ovenstående kriterier er startet i et genoptræningsforløb i 2016 eller 2017. Til afgrænsning af populationen tages der udgangspunkt i registrerede genoptræningsplaner, hvor der inden for to måneder kan identificeres et genoptræningsforløb. I forhold til genoptræningsplaner kigges der derfor på perioden fra 1. november 2015 til og med 31. december 2017.

I denne periode blev lidt mere end 275.000 personer udskrevet fra sygehuset med en genoptræningsplan. Heraf havde ca. 60 pct. en muskel-skeletlidelse. Ud af dem med en muskel-skeletlidelse var lidt mere end halvdelen i den erhvervsaktive alder. Det er muligt at personer har modtaget flere genoptræningsplaner i perioden, det er dog langt størstedelen, som kun har modtaget én plan. I figur 1.2 er den komplette afgrænsning af analysepopulationen illustreret.

Figur 1.2

Udvælgelse af population samt populationsstørrelse for 2016 og 2017



Anm: Tallene er afrundede og opgjort i antal personer. 1) Vi sorterer dem fra, hvor vi ikke umiddelbart kan koble et genoptræningsforløb til en genoptræningsplan ud fra disse kriterier, jf. tidligere. 2) jf. kapitel 3 ekskluderes kommuner grundet dårlig data. 3) Personer, der modtager offentlige ydelser, hvor det ikke er muligt at afgøre, om genoptræningsforløbet har været en succes, indgår ikke i populationen, se mere i kapitel 2.

I den endelige analysepopulation indgår ca. 20.000 genoptræningsforløb, det er muligt at samme person indgår to gange. Der skal dog være mindst 10 måneder mellem første sygehusudskrivning og næste sygehusindskrivning. Der er ca. 200 personer, som indgår 2 gange i analysen.

2 Hovedindikator

Grundlæggende ønsker vi i denne analyse at undersøge, hvor stor en andel af de personer, der var i beskæftigelse inden den sygehuskontakt, hvor der blev udarbejdet en genoptræningsplan, der er tilbage på arbejde på et vist 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 registreret som værende erhvervsaktiv i beskæftigelsesstatistikken. Dermed indfanger beskæftigelsesstatistikken ikke i disse tilfælde, at personen er sygemeldt, og reelt ikke er på arbejde.

Der anvendes, derfor en proxy for beskæftigelsesstatus ved at måle, hvorvidt personer i analysepopulationen modtager offentlige ydelser. Fremfor at måle andelen, der er tilbage i arbejde, måler vi

andelen, der ikke er vendt tilbage i arbejde efter genoptræningens start. Dette måler vi, ved at se på hvorvidt man modtager offentlige ydelser.

En delanalyse viser, at der er ca. 1 pct. af analysepopulationen, som ikke modtager offentlige ydelser. Vi kan dog heller ikke se at de er vendt tilbage i beskæftigelse ifølge beskæftigelsesstatistikken¹. Der er altså en mindre del af analysepopulationen, hvor vi ikke med sikkerhed kan sige, hvorvidt det har været et succesfuldt forløb. Disse borgere kan blandt andet være selvforsørgende via en ægtefælle, være flyttet hjem til forældre, vente på uddannelsesstart, være mellem jobs o. lign. I delanalysen er det forsøgt at udelade disse personer fra analysen og det ændrede ikke væsentligt på regressions – og benchmarkingresultaterne. På baggrund af ovenstående, og at der ikke er tale om flere personer, er det samlet set vurderingen, at hvorvidt man modtager offentlige ydelser er en relevant proxy for at være tilbage i arbejde.

Størstedelen af ydelsesmodtagerne modtager sygedagpenge, jf. senere. Man modtager sygedagpenge ved længerevarende sygefravær uanset ansættelsesforhold. Det er i nogle tilfælde muligt at modtage sygedagpenge ved kort sygefravær, det gælder blandt andet ved nyansættelser samt for nogle små virksomheder.

Vi ser dog kun på sygefravær på mere end 4 uger (længerevarende sygefravær) i denne analyse. Efter 4 ugers sygefravær vil alle uanset ansættelsesforhold modtage sygedagpenge. Man er dog i data registeret som modtager af sygedagpenge fra 1. sygedag ved længerevarende sygefravær. Derfor vil en person, som modtager sygedagpenge ved måletidspunktet for hovedindikatoren være i et længerevarende sygdomsforløb, det kan dog være at vedkommende kun har været syg i for eksempelvis 2 uger på det pågældende tidspunkt.

Der er dog visse offentlige ydelser, hvor det kan være svært at afgøre, om man kunne være vendt tilbage til arbejdet og dermed afgøre hvorvidt at genoptræningsforløbet er en succes. Definitionen på hvorvidt man er vendt tilbage i arbejde og kategoriseringen af de offentlige ydelser er vist i tabel 2.1 nedenfor.

Derudover skal det nævnes at hvis man modtager delvist sygedagpenge, vil man i denne analyse stadig anses for ikke at være vendt tilbage til arbejdet. Det skyldes for det første at vi i denne analyse har fokus på at vende tilbage i arbejde i en sådan grad, at man er uafhængig af offentlige ydelser. For det andet er det ikke muligt at identificere hvor mange timer, den enkelte arbejder under en delvis raskmelding og dermed ikke muligt at afgøre, i hvilken grad den enkelte reelt er tilbage på arbejdet. Det kan være alt mellem 1 – 33 timers arbejde for en 37 timers ansættelse.

Det er selvfølgelig positivt for den enkelte at arbejde få timer fremfor at være fuldt sygemeldt. Men det er ikke muligt at identificere hvor mange timer, den enkelte arbejder under en delvis raskmelding og dermed ikke muligt at afgøre, i hvilken grad den enkelte reelt er tilbage på arbejdet.

Det kan diskuteres hvordan dette skal håndteres, men grundet de ovennævnte udfordringer er det her valgt at fokusere på, om personerne er fuldt tilbage på arbejde – og altså ikke modtager nogle ydelser overhovedet. En delvis raskmelding (dvs. modtager delvis sygedagpenge) anses i højere grad som en del af den kommunale indsats for at få borgere tilbage i fuld beskæftigelse.

¹ Vi antager man er tilbage i beskæftigelse, hvis man ikke modtager offentlige ydelser og fremgår af beskæftigelsesstatistikken og har arbejdet mere end 80 timer på en måned.

Samtidigt skal det nævnes, at det lange sygefravær opgøres fra 1. sygedag, selvom refusion/modtagelse af sygedagpenge først indtræder efter 4. uge. Det gøres for at sikre, at hele sygeperioden indgår i analysen. Dette gælder både for hovedindikatoren, afgrænsningen af analysepopulationen 2 måneder inden sygehuskontakten samt for to rammevilkår som anvendes i benchmarkanalysen (se mere i kapitel 4).

Tabel 2.1

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

Vendt tilbage i arbejde	Ikke vendt tilbage til arbejde	Ikke muligt at vurdere, hvorvidt det er et succesfuldt forløb ²⁾
Modtager ikke offentlige ydelser	Dagpenge, Supp. Dagpenge, kontanthjælp, uddannelseshjælp, jobklar integrationsydelse, 6-ugers selvvalgt uddannelse, Integrationsydelse, ledighedsydelse, revalidering, jobafklaring, sygedagpenge, delvis sygedagpenge.	Voksenlærlinge, Orlov, feriedagpenge ³⁾ , Barseldagpenge, SU m. og uden ydelse, VUS/SVU, førtidspension ⁴⁾ , efterløn, folkepension,

Anm: 1) Dækker også over at være fastholdt i arbejde. 2) Det er for disse ydelser ikke muligt at vide om personer, som modtager fx SU, barseldagpenge 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. 3) Der er 56 som modtager feriedagpenge 3 måneder efter genoptræningens start, det er ikke muligt at afgøre hvad der ligger til grund for at de modtager feriedagpenge og dermed hvorvidt det er et udtryk for om man er vendt tilbage til arbejde eller ej. Det ændrer ikke på regressions – eller benchmarkingresultaterne, hvis de indgik i analysen 4) Der er ingen, som modtager førtidspension 3 måneder efter genoptræningens start og mindre end 3 efter 6 måneder.

Hvis man modtager en af de ydelser i kolonnen til højre, frasorteres man i benchmarkinganalysen, da det ikke er muligt at afgøre om man modtager disse ydelser, fordi man ikke er blevet i stand til at arbejde, eller om det er andre forhold, der gør sig gældende. For eksempelvis er det ikke muligt at afgøre om en borger, der modtager barseldagpenge ville have været i stand til at arbejde, hvis ikke vedkommende var på barsel.

Nedslagstidspunkt for hovedindikatoren

Vi ønsker i denne analyse at undersøge, hvor stor en andel af analysepopulationen, som er i arbejde efter genoptræningens start, målt ved hvorvidt man modtager offentlige ydelser.

Det kunne muligvis være relevant at måle dette efter genoptræningens afslutning. Det er dog ikke muligt ved hjælp af genoptræningsdata at afgøre genoptræningens afslutning af 3 årsager.

1. Data er ikke komplet, og der kan derfor være uvished om, hvorvidt det er den reelle afslutning på forløbet, man fanger. (se mere i afsnit om genoptræningsdata)
2. Selv med komplet data vil det være svært at definere en egentlig afslutningsdato for hvert forløb, da nogle kommuner kan have en særlig praksis med at indkalde til kontrolbesøg et stykke tid efter det egentlige forløb.
3. Man kan argumentere for at kommuner med korte, intense forløb bliver straffet relativt set i forhold til kommuner med lange forløb, hvis man måler ved afslutningen af forløbet, da der nok er en tendens til, at flere og flere naturligt afslutter deres sygefravær over tid.

I forlængelse heraf kunne man overveje at måle ud fra den sygehusudskrivning, hvor genoptræningsplanen er modtaget. Men der kan være faglige forhold, som gør, at genoptræningen ikke kan eller skal starte med det samme, fx udskudt genoptræningsstart. Derfor tillader vi også op til 60 dage før første genoptræningsydelse er modtaget (jf. forrige afsnit).

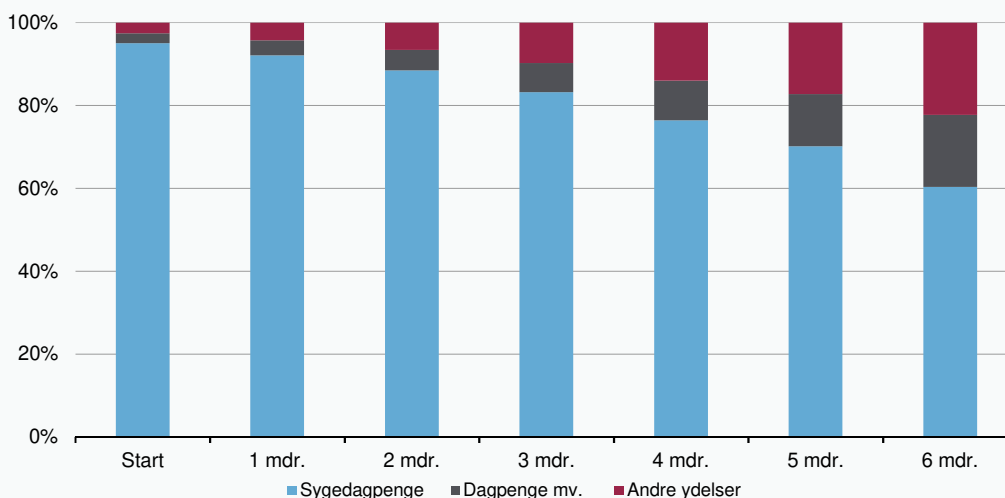
Grundet disse forhold har vi valgt at se på et nedslagstidspunkt sat i forhold til starten på genoptræningsforløbet. Det er i forlængelse heraf vigtigt at fastsætte det rette nedslagstidspunkt. Det er overordnet set en afvejning mellem, at kommunerne skal have mulighed for at yde en indsats over for borgeren (gennem blandt andet genoptræningen) og opnå et resultat af denne indsats inden vi måler. Derudover 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 den der knytter sig til borgerens genoptræningsbehov.

I forbindelse med udvælgelsen af et nedslagstidspunkt til hovedindikatoren er tidspunkter fra 1 til 6 måneder efter genoptræningens start undersøgt, det er blandt andet undersøgt ved at se på udviklingen i den samlede andel på offentlige ydelser (se hovedrapportens kapitel 4) samt hvilke ydelser personer modtog på de forskellige nedslagstidspunkter. I figur 2.1 ses fordelingen af hvilke ydelser, personer på offentlige ydelser, modtog på de forskellige nedslagstidspunkter.

Ved genoptræningens start modtog 95 pct. sygedagpenge, denne andel falder til 60 pct. 6 måneder efter genoptræningens start. Ved 3 måneder var det stadig 84 pct., som modtog en form for sygedagpenge, samtidigt modtog 7 pct. dagpenge mv. og slutteligt modtog 9 pct. andre ydelser. Til sammenligning er det efter 6 måneder mere end 20 pct., som modtager andre ydelser.

Figur 2.1

Fordeling af hvilken slags ydelser, man modtager fordelt på 1 til 6 måneder efter genoptræningens start (2016 og 2017)



Anm.: Sygedagpenge dækker over alle former for sygedagpenge herunder også delvist sygedagpenge. Dagpenge mv. dækker over dagpenge, kontanthjælp o. lign. Andre ydelser dækker over blandt andet barselsdagpenge, SU, folkepension, efterløn.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I hovedrapportens kapitel 4 argumenteres der desuden for, at det både er en faldende andel, som modtager offentlige ydelser over tid samt at en større og større andel, af dem på offentlige ydelser, er nye ydelsesmodtagere, jo længere fra genoptræningens start, vi kommer. Vi ser yderligere her, at dem på offentlige ydelser, modtager andre ydelser end sygedagpenge.

Til benchmarkinganalysen er det derfor valgt at nedslagstidspunktet for hovedindikatoren er 3 måneder efter genoptræningens start. Genoptræningens start er sat til den dag første genoptræningsydelse er modtaget og registeret i genoptræningsdata (se også forrige afsnit). Tidspunktet vælges

fordi vi ønsker at fokusere på den hurtige indsats, hvor kommunen dog stadig har haft en reel mulighed for at yde en indsats i forhold til borgeren.

I denne analyse er en proxy for at man ikke er tilbage i arbejde, hvis man modtager offentlige ydelser. Indikatoren opgøres ved at undersøge, hvorvidt man modtager offentlige ydelser i uge 11, 12 og 13 efter genoptræningens start. Hvis man modtager offentlige ydelser i mindst 2 ud af 3 uger, defineres det, at man modtager offentlige ydelser og er ikke vendt tilbage i arbejde.

3 Genoptræningsdata

Til at afgrænse analysepopulationen anvendes genoptræningsdata. I løbet af et genoptræningsforløb efter § 140 i Sundhedsloven bliver genoptræningsydelser registeret, indberettet og samlet i et register Genoptræning efter Sundhedsloven (GES-data herefter) i Sundhedsdatastyrelsen.

Registret anvendes i denne analyse nærmest udelukkende til at definere analysepopulation, jf. populationsafgrænsningen. Registret er ikke komplet, og datakvaliteten er varierende, derfor er genoptræningsdata kvalitetssikret, og kommuner, hvor data ikke lever op til kvalitetskravene, er frasorteret analysen. Kvalitetssikringen er foretaget ud fra Sundhedsdatastyrelsens 2 kriterier samt et yderligere kriterie om populationsstørrelse:

1. Der skal være data i alle årets 12 måneder
2. Der må højst være ét udsving på +/- 40 pct. mellem to måneder i det gennemsnitlige antal ydelser pr. individ pr. måned.

Data kvalitetssikres på årsbasis, hvilket betyder en kommune kan indgå med data for kun et enkelt år, hvis data tillader det.

To yderligere kriterier er opstillet for at sikre et tilstrækkeligt grundlag at benchmarke den enkelte kommune på:

3. Der skal være mindst 30 personer i en kommune i hvert enkelt år (2016 og 2017)
4. Der skal samlet set indgå mindst 75 personer i analysen for hver kommune.

De ovenstående kvalitetskrav betyder, at 21 kommuner udgår af analysen. Analysen er dermed baseret på 77 kommuner. Heraf indgår 4 kommuner kun med data i et enkelt år. I tabellen herunder er en oversigt over de kommuner, som er frasorteret analysen og på baggrund af hvilket kriterium.

Tabel 3.1

Frasorterede kommuner fordelt på kriterie

Kommune	SDS' kvalitetskrav		Mindst 30 personer i det enkelte år		Mindst 75 personer i alt
	2016	2017	2016	2017	
Albertslund			x	x	
Allerød			x		x
Brøndby					x
Dragør			x	x	
Egedal	x	x			
Fanø			x	x	
Glostrup				x	x
Hedensted					x
Ishøj					x
Kerteminde					x
Langeland					x
Lejre					x
Læsø		x	x		
Nyborg					x
Rudersdal			x		x
Samsø			x	x	
Slagelse	x	x			
Sorø	x				x
Tårnby			x		x
Vallensbæk			x	x	
Ærø			x	x	
Kommuner, der kun er frasorteret i ét år					
Næstved		x			
Kolding		x			
Herning	x				
Randers	x				

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tildeling af kommune ved benchmarking

Det er bopælskommunen, som har ansvaret for den almene genoptræning, når en person udskrives med en genoptræningsplan fra et sygehus. Størstedelen modtager genoptræning i bopælskommunen, der er dog nogle, som får genoptræning i andre kommuner. Uanset hvilken kommune, der udfører genoptræningen, vil det være bopælskommunen, der har ansvaret for genoptræningen og som derfor i alle tilfælde evalueres i benchmarkinganalysen.

Overlap mellem registrering af genoptræningsplan og registrerede genoptræningsydelse i kommunerne

Der er ikke komplet overlap mellem personer med en registreret genoptræningsplan i sygehusdata og de registrerede genoptræningsydelser i kommunen. Overlappet varierer på tværs af kommunerne.

Det forventes ikke, at der er komplet overlap. Det er valgfrit for den enkelte, hvorvidt man vælger at modtage genoptræningsydelser i kommunen. Det er derfor ikke overraskende, at der ikke kan findes genoptræningsydelser i kommunen for alle med en genoptræningsplan. Men der er dog store forskelle på tværs af kommunerne for hvor stor en andel, hvor der kan kobles genoptræningsydelser til en genoptræningsplan.

I tabel 3.2 ses en oversigt over forskellene i andelen af genoptræningsplaner, der kan kobles et genoptræningsforløb til på tværs af de inkluderede kommuner i analysen.

Tabel 3.2**Variation i kobling mellem genoptræningsplan og genoptræningsforløb for de 77 kommuner i analysen**

	Minimum	Maksimum	Median	Middelværdi
Koblingsgrad	35 pct.	97 pct.	81 pct.	77 pct.

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Den store variation blandt kommunerne er til dels grunden til, at vi vælger at gribe analysen an som beskrevet i de ovenstående afsnit. Vi tager forbehold for det anvendte data, samtidigt med vi udelukkende inkluderer personer i analysepopulationen, som vi med stor sikkerhed kan sige, har haft et genoptræningsforløb i kommunen. Samtidigt sætter vi en nedre grænse for størrelsen på analysepopulationen i kommunerne for at sikre, at vi måler indsatsen på en rimelig størrelse population.

Der er ikke umiddelbart nogen systematik i hvilke personer, der både kan findes en genoptræningsplan og genoptræningsydelse for. Der ses ingen markante regionale forskelle. Derudover er det undersøgt, hvorvidt der på landsplan er en systematisk forskel på udvalgte karakteristika for de personer, hvor der både findes en genoptræningsplan og aktivitetsdata for og for de personer hvor der ikke gør. Som det kan ses i tabel 3.3, er der ingen systematiske forskelle i de to grupper. Derfor har vi i denne analyse valgt at undersøge den gruppe, hvor vi kan koble et genoptræningsforløb til en genoptræningsplan.

Tabel 3.3

Udvalgte karakteristika for dem, hvor der kan kobles et genoptræningsforløb til en genoptræningsplan, og dem, hvor der ikke findes et genoptræningsforløb

	Kobler	Kobler ikke
Køn		
Kvinder	47 pct.	50 pct.
Alder		
18 – 30 år	13 pct.	15 pct.
31 - 40 år	17 pct.	18 pct.
41 – 50 år	29 pct.	29 pct.
51 – 64 år	40 pct.	38 pct.
Diagnose¹		
Artropatier	6 pct.	6 pct.
Bløddelsvæv	18 pct.	17 pct.
Læsion af skulder/overarm	8 pct.	8 pct.
Læsion af albue/underarm	4 pct.	4 pct.
Læsion af knæ og underben	16 pct.	16 pct.
Ryg	15 pct.	14 pct.
Slidgigt hofte	4 pct.	4 pct.
Slidgigt knæ	8 pct.	7 pct.
Andre lidelser knæ	8 pct.	11 pct.
Uddannelse²		
Grundskole	16 pct.	16 pct.
Gymnasial	6 pct.	6 pct.
Erhvervsfaglig uddannelse	42 pct.	40 pct.
Kort videregående uddannelse	6 pct.	6 pct.
Mellemlang videregående uddannelse	21 pct.	19 pct.
Lang videregående uddannelse	8 pct.	10 pct.
Branche³		
Fremstillingsvirksomhed	11 pct.	10 pct.
Bygge – og anlægsvirksomhed	7 pct.	7 pct.
Engroshandel og detailhandel	13 pct.	13 pct.
Undervisning	10 pct.	9 pct.
Sundhedsvæsen og sociale foranstaltninger	26 pct.	24 pct.
Fagklassifikation af ens beskæftigelse⁴		
Ledelsesarbejde	5 pct.	4 pct.
Arbejde, der forudsætter viden på højeste niveau	26 pct.	25 pct.
Arbejde, der forudsætter viden på mellemniveau	12 pct.	11 pct.
Almindeligt kontor – og kundeservice arbejde	9 pct.	9 pct.
Service – og salgsarbejde	23 pct.	23 pct.
Håndværkspræget arbejde	9 pct.	9 pct.
Operatør – og monteringsarbejde	6 pct.	7 pct.
Andet manuelt arbejde	11 pct.	11 pct.

Anm.: 1) Der er udvalgt nogle af de største diagnosegrupper. 2) tallene summer ikke til 100 fordi uoplyst, adgangsgivende og phd/forsker er udeladt. 3) der er kun vist de 5 største brancher 4) Opgjort ud fra disco-koderne fra DST, som siger noget om det funktionsniveau ens beskæftigelse er på. Tallene summer ikke til 100, fordi arbejde inden for landbrug mv. samt militært arbejde er udeladt. Variablen er desuden udeladt af den endelige regression grundet multikollinearitet med uddannelsesvariablen.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

4 Opmærksomhedspunkter ved benchmarking

Der er i analysen beregnet en benchmarkingindikator, og i kapitel 3 i hovedrapporten ses det, hvordan benchmarkingindikatoren er defineret og beregnet. Kort fortalt er benchmarkingindikatoren beregnet ud fra de faktiske og forventede niveauer for kommunerne i forhold til hvor stor en andel, der modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. De forventede niveauer er beregnet ud fra kommunernes rammevilkår.

Benchmarkingindikatoren er et estimeret tal, som er behæftet med en vis statistisk usikkerhed. Det betyder, at der ikke skal tolkes for håndfast på den præcise 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, i forhold til hvor mange, 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, del II af analysen, hvor der beskrives en række tiltag i forhold til at en række tiltag med henblik på at nedbringe andelen som modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.

Diskussion af kommunernes rammevilkår

I benchmarkinganalysen tages der højde for, at kommunerne opererer under forskellige rammevilkår. Et rammevilkår beskriver en faktor, der kan påvirke andelen som modtager offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, men som kommunen ikke kan påvirke på kort eller mellem-lang sigt. Det kan eksempelvis dreje sig om befolkningssammensætningen i kommunen. Der er så vidt muligt forsøgt at tage højde for alle relevante rammevilkår, men der kan være andre forhold, ud over de variable der medtages i analyserne, som er relevante at tage højde for, men som det ikke har været muligt at inddrage. Det gælder eksempelvis den enkeltes motivation for at komme ud af sygdomsforløbet og tilbage i arbejde. Sådanne forhold er vanskelige at finde gode mål for i registerdata og tages derfor ikke i betragtning i denne analyse.

Det vil derudover være relevant at kontrollere for flere forhold med hensyn til arbejdsgiveren, det kunne for eksempelvis være arbejdsgivers indsats i forhold til langt sygefravær, arbejdsmiljø o. lign. Forhold som disse er også vanskelige at finde gode mål for i registerdata og er heller ikke taget i betragtning i denne analyse.

5 Rammevilkår og regressionsresultater

5.1 Rammevilkår

I benchmarkinganalysen tages der højde for kommunernes 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 mellem-lang sigt. De inkluderede rammevilkår er udvalgt via en afsøgning af hvilke faktorer, der kunne tænkes at have indflydelse på hovedindikatoren. Der er derfor nogle variable som i udgangspunktet blev inkluderet i modellen, men som er blevet frasorteret den endelige model.

De inkluderede rammevilkår er dokumenteret i tabel 5.1 med det benyttede register samt uddybning til variabelen.

Tabel 5.1		
Oversigt over inkluderede rammevilkår		
Variabel	Register	Særlige opmærksomhedspunkter
Aktionsdiagnose	DRG	Se nedenfor
Kontakt til fysio-/ergoterapi under genoptræning	SSSY	Se nedenfor
Operation	DRG	Se nedenfor
Antal kontaktdage til sygehus	DRG	Se nedenfor
Akut	DRG	Angivet som akut – hvis den kontakt, hvor genoptræningsplanen er registeret, er registeret som akut
Fuldtid	BFL	Opgjort på månedsniveau, fuldtid defineres som mindst 160 timer. Se desuden nedenfor.
Køn	BEF	
Alder	BEF	Opgjort det år, man starter i genoptræning.
Samboende partner	BEF	Opgjort det år, man starter i genoptræning
Oprindelsesland	BEF	Opgjort i tre kategorier: dansk, vestlig og ikke-vestlig
Indkomst, året inden genoptræningen starter	IND	Variablen DISPON_13 er anvendt. Definition: Indkomst efter skat og renter tillagt beregnet lejeværdi af egen bolig. Indkomst er opgjort årligt og anvendes i analysen året inden man starter i genoptræning.
Højest fuldførte uddannelse	UDDA	Uoplyst uddannelse kodes som 'Øvrige'
Branche	BFL	Branche er defineret ud fra Danmarks Statistik branchenomenklatur (db07). Se desuden nedenfor.
Sygehusspeciale	DRG	Tilknyttet sygehusspeciale på den kontakt hvor genoptræningsplanen er registeret.
Andel almene genoptræningsplaner modtaget i kommunen	DRG	Se nedenfor
Befolkningstæthed	BEF & Statistikbanken	Opgjort det år, man starter i genoptræning.
Antal kontakter til almen praksis	SSSY	Se nedenfor
Psykisk lidelse	SSSY	Har haft mindst én kontakt på et psykiatrisk sygehus og har registeret en psykiatrisk diagnose indenfor de seneste 5 år fra det år man starter i genoptræning.
Komorbiditet	DRG	Har fået registeret en eller flere alvorlige fysiske diagnoser som kræft, lungesygdomme mv. inden for de seneste 5 år fra det år, man starter i genoptræning. Diagnoseerne indgår i indekset CCI (Charlson Comorbidity Index)
Antal uger med offentlige ydelser fra 2 måneder før sygehuskontakt og frem til genoptræningens start ¹⁾	DREAM	Se nedenfor
Antal uger med offentlige ydelser det seneste år op til 2 måneder før sygehuskontakt	DREAM	Se nedenfor
Sæson – måned, hovedindikatoren måles i	DREAM	
År, man starter i genoptræning	GES	

Anm.: 1) Se figur 1.1 i kapitel 1

Diagnose

Der er kontrolleret for den aktionsdiagnose, der er tilknyttet registreringen af genoptræningsplanen. I nogle tilfælde kan der være registeret en administrativkode i stedet for, som ikke siger noget om tilstanden. Efter samtale med et sygehus, som i høj grad anvender denne praksis, anvendes den diagnose som er registeret som bi-diagnose eller tillægsdiagnose. For at afgøre hvorvidt denne diagnose indgår som en muskel – og skeletlidelse, anvendes en opgørelse fra Sundhedsdatastyrelsen.

Tabel 5.2

Aktionsdiagnoser med diagnosekoder samt opdeling i små og store led

	Diagnosekode	Små eller store led
Slidgigt, hofte	DM16*	Store led
Slidgigt, knæ	DM17*	Store led
Slidgigt, andre	DM15*, DM18*, DM19*	Andre
Knæ og knæskal	DM22*, DM23*	Store led
Andre ledsygdomme	DM00* - DM14* og DM20*, DM21*, DM24*, DM25*	Andre
Ryg	DM40*-DM54*	Store led
Skulder	DM75*	Store led
Andre bløddelsvæv	DM60* - DM79 ekskl. DM75*	Andre
Osteopatier og kondropatier	DM80*-DM94*	Andre
Muskler, knogle, bindevæv - andre	DM30*-DM35* og DM95* - DM99*	Andre
Læsion, Hoved/Hals	DS00* - DS29*	Store led
Læsion, ab, lænd, bæk,	DS30* - DS39*	Store led
Læsion, skulder/overarm	DS40* - DS49*	Store led
Læsion, albue/underarm	DS50* - DS59*	Små led
Læsion, håndled/hånd	DS60* - DS69*	Små led
Læsion, hofte/lår	DS70* - DS79*	Store led
Læsion, Knæ/underben	DS80* - DS89*	Små led
Læsion, ankel/fod	DS90* - DS99*	Små led
Andre læsioner, forgiftninger og andet	DT00* - DT98*	Andre
Andre uspecificerede kontakter til sygehuset	DZ00* - DZ96*	Andre
Andre sygdomme	DC*, DD*, DG*, DL*, DR*, DQ*	Andre

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Kontakt til fysio- /ergoterapeut under genoptræning

Kontakterne er opgjort ud fra Sygesikringsregisteret og det er derfor kun kontakter, hvor der har været en henvisning fra egen læge inden, der opgøres. En kontakt er defineret som en afregnet ydelse, der i sig selv udgør en særskilt kontakt mellem den enkelte person og behandler. Antallet af kontakter er opgjort fra dagen, hvor første genoptræningsydelse er givet frem til 3 måneder efter (tidspunkt for mål af hovedindikator).

Operation

Der er forskellig praksis på sygehusene for, hvorvidt en genoptræningsplan registreres samtidigt med en eventuel operation som genoptræningsplanen knytter sig til, eller om den først registreres ved for eksempelvis det førstkommande kontrolbesøg. Efter samtale med et sygehus, som i høj

grad gør brug af denne praksis, kontrolleres der for, hvorvidt man er blevet opereret inden for de seneste 14 dage før udarbejdelse af en genoptræningsplan.

Antal kontaktdage til sygehuset

Antallet af kontaktdage til sygehuset er opgjort fra udskrivningsdatoen for den sygehuskontakt, hvor genoptræningsplanen er udarbejdet og 2 måneder bagud. Det vil sige indlæggelsestiden på den sygehuskontakt, hvor genoptræningsplanen er udarbejdet, indgår i denne variabel. Variablen er opgjort således for at tage højde for at almene genoptræningsplaner kan være udarbejdet på en ambulant kontakt, som ligger efter en sygehuskontakt, som også er relateret til den tilstand, genoptræningsplanen drejer sig om. Antallet er opgjort ud fra det DRG-grupperede LPR og indeholder både ambulante besøg og indlæggelser. Et ambulant besøg tæller som 1 dag.

Fuldtid samt branche

Ens beskæftigelsesstatus er opgjort 2 måneder før sygehuskontakten, hvor en genoptræningsplan blev udarbejdet. Antallet af timer man arbejder samt branchen man arbejder i er også opgjort på dette tidspunkt. Hvis man har flere ansættelser i den indeværende måned er antallet af timer opgjort som summen af alle ansættelser. Branchen er opgjort ud fra den branche, man har arbejdet flest timer i 2 måneder før sygehuskontakten, hvor genoptræningsplanen er udarbejdet.

Tabel 5.3

Gruppering af brancher

Kode	Navn	Gruppering i rapport	Fysisk krævende/ikke-fysisk krævende
A	Landbrug, jagt, skovbrug og fiskeri	Resten	Fysisk krævende
B	Råstofudvinding	Resten	Fysisk krævende
C	Fremstillingsvirksomhed	Fremstillingsvirksomhed	Fysisk krævende
D	El-, gas- og fjernvarmeforsyning	Resten	Fysisk krævende
E	Vandforsyning; kloakvæsen, affaldshåndtering og rensning af jord og grundvand	Resten	Fysisk krævende
F	Bygge – og anlægsvirksomhed	Bygge og anlæg	Fysisk krævende
G	Engroshandel og detailhandel; reparation af motorkøretøjer og motorcykler	Engros og detailhandel	Fysisk krævende
H	Transport og godshåndtering	Resten	Fysisk krævende
I	Overnatningsfaciliteter og restaurationsvirksomhed	Resten	Fysisk krævende
J	Information og kommunikation	Resten	Ikke fysisk krævende
K	Pengeinstitut – og finansvirksomheds, forsikring	Finans, forsik., lib. videnskab mv.	Ikke fysisk krævende
L	Fast ejendom	Finans, forsik., lib. videnskab mv.	Ikke fysisk krævende
M	Liberale, videnskabelige og tekniske tjenesteydelser	Finans, forsik., lib. videnskab mv.	Ikke fysisk krævende
N	Administrative tjenesteydelser og hjælpetjenester	Resten	Fysisk krævende
O	Offentlig forvaltning og forsvar; socialsikring	Offentlig forval. og forsvar	Ikke fysisk krævende
P	Undervisning	Undervisning	Ikke fysisk krævende
Q	Sundhedsvæsen og sociale foranstaltninger	Sundhed og social	Fysisk krævende
R	Kultur, forlystelser og sport	Resten	Ikke fysisk krævende
S	Andre serviceydelser	Resten	Ikke fysisk krævende
T	Private husholdninger med ansat hjælp, husholdningers produktion af varer og tjenesteydelser til eget brug	Resten	Ikke fysisk krævende
U	Eksterritoriale organisationer og organer	Resten	Ikke fysisk krævende

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Andel almene genoptræningsplaner modtaget i kommunen

Der er forskellig praksis blandt sygehusene i forhold til hvilke og hvor mange patienter, der får udarbejdet en specialiseret genoptræningsplan, og hvilke og hvor mange, der får udarbejdet en almen genoptræningsplan. Der kan derfor være forskel på borgere med en almen genoptræningsplans sundhedstilstand på tværs af kommunerne. For at tage højde for at en kommune kan modtage nogle andre borgere til genoptræning end en anden kommune, opgøres andelen af almene genoptræningsplaner blandt almen og specialiserede genoptræningsplaner hos kommunens borgere. Antallet af specialiserede og almene genoptræningsplaner er opgjort ud fra det DRG-grupperede Landspatientregister, og andelen er beregnet ud fra borgernes bopælskommune.

Antal kontakter til almen praksis

Kontakterne er opgjort ud fra sygesikringsregisteret. En kontakt er defineret som en afregnet ydelse, der i sig selv udgør en særskilt kontakt mellem den enkelte person og behandler. Opgørelsen omfatter kontakter, der er afregnet i det enkelte år og inkluderer almindelig konsultation. Antallet er opgjort for en periode på 6 måneder frem til indskrivning på sygehuset, hvor genoptræningsplanen er udarbejdet.

Antal uger med offentlige ydelser fra 2 måneder før sygehuskontakten og frem til genoptræningens start

Analysepopulationen er defineret ud fra kravet om at man skal være i beskæftigelse og ikke modtage offentlige ydelser 2 måneder før genoptræningens start. I perioden herfra og frem til genoptræningens start kan det ske, at personer bliver sygemeldte, og dermed modtager offentlige ydelser. I analysen opgøres antallet af uger, man har modtaget offentlige ydelser fra perioden 2 måneder før den sygehuskontakt, hvor genoptræningsplanen er udarbejdet (se figur 1.1) og frem til genoptræningens start. Ligesom med hovedindikatoren (se kapitel 2) er data rensset for det korte sygefravær samt de ydelser, som også er udeladt af hovedindikatoren.

Variablen er blandt andet et udtryk for tyngden af den tilstand, personen behandles for, i forhold til personens arbejde. Det kan ikke udelukkes at denne variabel i nogen grad kan være udtryk for kommunal indsats, det er dog vores vurdering, at den i høj grad er et udtryk for tyngde af den tilstand, man behandles for og derfor er variabelen inkluderet i analysen. Det ses for eksempel at ved at inkludere denne variabel, får variabelen, der modellerer, om man har fået en operation eller ej mindre betydning, hvilket indikerer, at variabelen bliver et udtryk for ens sundhedstilstand og tyngden af tilstanden.

Antal uger med offentlige ydelser det seneste år op til 2 måneder før sygehuskontakt

Variablen er konstrueret på samme måde som den ovenfor. Der ses her på det seneste år op til 2 måneder før sygehuskontakten, hvor genoptræningsplanen blev udarbejdet (se evt. figur 1.1). Denne variabel skal sige noget om personens historik i forhold til længerevarende sygefravær samt tilknytning til arbejdsmarkedet.

Det kan ikke udelukkes at de ovenstående inkluderede rammevilkår delvist kan være udtryk for en kommunal indsats. Det vurderes dog, at rammevilkårene i højere grad er et udtryk for tyngde og derfor medtages variablene i og med fejlkilden vil være større ved ikke at inkludere variablene.

5.2 Regressionsresultater

I tabel 5.4 ses regressionsresultaterne for hvorvidt man er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start for personer, der er startet i genoptræning i 2016 eller 2017. I en logistisk regression er størrelsen på parameterestimatet ikke af betydning, udelukkende retningen. Et negativt fortegn betyder således at der er mindre sandsynlighed for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. Størrelsen af påvirkningen skal i stedet aflæses i de marginale effekter.

Tabel 5.4

Logistisk regressionsoutput, sandsynligheden for at være på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start med start af genoptræning i 2016 eller 2017 for beskæftigede med muskel – og skeletlidelser

Variabel	Parameterestimat	Signifikans-niveau	Standardfejl	Marginale effekter (i pct.)
Aktionsdiagnose (slidgigt hofte som reference)				
Slidgigt, knæ	0,487	***	0,108	5,9%
Slidgigt, andre	0,174		0,175	2,1%
Knæ og knæskal	-0,164		0,128	-1,9%
Andre ledsygdomme	0,0604		0,173	0,7%
Ryg	0,414	***	0,125	5,0%
Skulder	0,161		0,11	1,9%
Andre bløddelsvæv	-0,0882		0,149	-1,0%
Osteopater og kondropater	0,397		0,366	4,8%
Muskler, knogle, bindevæv - andre	0,356		0,278	4,3%
Læsion i hoved/hals	0,653	*	0,357	8,0%
Læsion mave, lænd, bækkenet,	0,282		0,285	3,3%
Læsion, skulder/overarm	0,2	*	0,116	2,4%
Læsion, albue/underarm	-0,591	***	0,149	-6,2%
Læsion, håndled/hånd	-1,106	***	0,261	-10,6%
Læsion, hofte/lår	0,472	**	0,192	5,7%
Læsion, Knæ/underben	-0,0902		0,111	-1,0%
Læsion, ankel/fod	-0,193		0,225	-2,2%
Andre læsioner, forgiftninger og andet	0,0526		0,139	0,6%
Kontakter til sygehus	-0,125		0,146	-1,4%
Andre sygdomme	0,539	**	0,218	6,5%
Fysio/ergoterapeut kontakt under genoptræning	0,13	*	0,0664	1,5%
Operation	0,0445		0,0521	0,5%
Antal kontaktdage til sygehuset op til 2 måneder før udskrivning (1-3 dage som reference)				
4-5 dage	0,0943	*	0,0524	1,1%
6-10 dage	0,25	***	0,0599	3,0%
Over 10 dage	0,946	***	0,122	11,8%
Akut	0,61	***	0,0916	7,1%
Fuldtid	-0,231	***	0,0459	-2,7%
Køn	0,334	***	0,0508	3,9%
Aldersgruppe (18-25 år som referencegruppe)				
26-30 år	0,217	*	0,124	2,5%

31-40 år	0,171		0,109	2,0%
41-45 år	0,222	*	0,114	2,5%
46-50 år	0,105		0,112	1,2%
51-55 år	0,155		0,111	1,8%
56-60 år	0,263	**	0,112	3,0%
61-64 år	0,222	*	0,13	2,5%
Samboende partner	-0,114	**	0,0477	-1,3%
Oprindelsesland (Danmark som reference)				
Vestligt land	0,26	**	0,119	3,1%
Ikke-vestligt land	0,331	***	0,107	3,9%
Indkomst, grupperet (op til 199.999 kr som reference)				
200.000 - 299.999 kr.	-0,218	***	0,0619	-2,6%
300.000 - 399.999 kr.	-0,411	***	0,0776	-4,8%
Over 400.000 kr.	-0,57	***	0,111	-6,6%
Højest fuldførte uddannelse (Grundskolen som reference)				
Gymnasial uddannelse	-0,277	**	0,114	-3,2%
Erhvervsfaglig udd.	-0,0109		0,0585	-0,1%
KVU	-0,201	*	0,109	-2,4%
MVU	-0,308	***	0,0763	-3,6%
LVU	-0,523	***	0,12	-5,9%
Øvrige	-0,0818		0,244	-1,0%
Branche (Bygge og anlæg som reference)				
Landbrug, jagt, skov, fiskeri, råstof	-0,242		0,18	-3,0%
Fremstillingsvirksomhed	-0,415	***	0,0942	-5,0%
El, gas, fjernvarme, vand, kloak, affald	-0,238		0,212	-2,9%
Engros og detailhandel	-0,336	***	0,0989	-4,1%
Transport og gods	-0,424	***	0,118	-5,1%
Hotel og restaurant	-0,274		0,174	-3,4%
Information og kommunikation	-0,664	***	0,194	-7,8%
Finans, bank, forsikring, ejendom	-0,675	***	0,153	-7,9%
Lib., videnskab., tek, ydelser	-0,517	***	0,153	-6,2%
Adm, tjenesteydelser	-0,293	**	0,117	-3,6%
Offentlig forval., forsvar	-0,607	***	0,12	-7,2%
Undervisning	-0,516	***	0,113	-6,2%
Sundhed og social	-0,423	***	0,0936	-5,1%
Andre	-0,357	**	0,149	-4,3%
Sygehus speciale tilknyttet udarbejdelse af genoptræningsplan (Fys/ergo og ortopædkirurgi som reference)				
Neurokirurgi	-0,355	***	0,137	-3,9%
Reumatologi	0,291	**	0,115	3,5%
Andre specialer	-0,0814		0,157	-0,9%
Andel af almene genoptræningsplaner modtaget i kommunen (77-85 pct. som reference)				
85 - 90 pct.	0,0893		0,0561	1,0%
90 - 95 pct.	0,0796		0,0613	0,9%
95 - 100 pct.	0,0282		0,204	0,3%

Befolkningstæthed (op til 100 indbyggere pr. kvm2)				
101 - 500 indbyggere pr. kvm2	-0,154	***	0,0487	-1,8%
501 - 1000 indbyggere pr. kvm2	-0,12	*	0,0676	-1,4%
Mere end 1000 indbyggere pr. kvm2	-0,147	*	0,0766	-1,7%
Antal kontakter til almen praksis op til 6 måneder før indskrivning på sygehus (0-2 kontakter som reference)				
3-5 kontakter	0,206	***	0,0464	2,4%
6-10 kontakter	0,311	***	0,0719	3,7%
Mere end 10 kontakter	0,214		0,21	2,5%
Psykisk lidelse	0,219	*	0,127	2,5%
Komorbiditet	0,176	**	0,0694	2,0%
Antal uger med offentlige ydelser fra 2 måneder før sygehuskontakt til start genoptræning (Ingen uger som reference)				
1-4 uger	2,931	***	0,0667	37,9%
5-8 uger	2,808	***	0,0649	35,3%
Over 8 uger	3,119	***	0,0807	42,1%
Antal uger med offentlige ydelser det seneste år op til 2 måneder før sygehuskontakt (ingen uger som reference)				
Op til 26 uger	0,203	***	0,0542	2,4%
Fra 26 uger op til 1 år	0,936	***	0,12	11,7%
Sæson, måned hovedindikatoren måles i (Januar som reference)				
Februar	-0,0384		0,0971	-0,5%
Marts	-0,152		0,0979	-1,8%
April	-0,308	***	0,103	-3,6%
Maj	-0,249	***	0,0932	-2,9%
Juni	-0,174	*	0,0952	-2,1%
Juli	-0,446	***	0,0985	-5,1%
August	-0,315	***	0,0973	-3,7%
September	-0,189	*	0,0997	-2,2%
Oktober	-0,187	*	0,105	-2,2%
November	-0,168		0,105	-2,0%
December	-0,0155		0,0979	-0,2%
År, man starter i genoptræning (2016 som reference)				
2017	0,0117		0,0431	0,1%

Anm.: N: 20.265 *p<0,1, **p<0,05, ***p<0,01
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

5.3 Faktorer udeladt af den endelige model

Som nævnt er der faktorer, der, som udgangspunkt var formodning om, havde betydning for udfaldet af hovedindikatoren. Herunder er et udvalg af disse beskrevet nærmere.

Sygehus/Regioner

Kommunerne har ikke kontrol over hvilke genoptræningsplaner de får og fra hvilke sygehuse. Man kan derfor argumentere for at det vil være relevant at kontrollere for det sygehus, som har udarbejdet genoptræningsplanen. Det er forsøgt kontrolleret for både sygehus og region, men begge variable var insignifikante og bidrog ikke til forklaringsgraden. Derudover ændrer variablene ikke væsentligt på, hvordan kommunerne klarer sig i den endelige benchmarkinganalyse.

Mere specifikt er der forsøgt at kontrollere for sygehusenes praksis i den erkendelse at praksis kan variere betydeligt blandt sygehusene. I 'Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner'² fandt man, at der var store forskelle på tværs af sygehusene, for hvorvidt man fik en genoptræningsplan inden for specifikke muskel-skeletlidelser. Det er derfor i denne analyse undersøgt om andelen af dem med en muskel – og skeletlidelse, som har fået en genoptræningsplan på det enkelte sygehus i et specifikt år, har betydning for udfaldet af hovedindikatoren for den enkelte. Det er desuden forsøgt kontrolleret for andelen af dem, der har fået en operation, som har fået en genoptræningsplan på det enkelte sygehus.

Fælles for disse faktorer, inkl. kontrollen for på hvilket sygehus og i hvilken region genoptræningsplanen var udarbejdet, var at variablene var insignifikante, ikke bidrog til forklaringsgraden og ikke ændrede væsentligt på de endelige resultater af benchmarkinganalysen.

Samtidigt skal man være opmærksom på, at der er en risiko for at kontrollere en del af kommunernes praksis ud, hvis man kontrollerer for i hvilken region og på hvilket sygehus genoptræningsplanen er udarbejdet. Det vil for eksempel være tilfældet, hvis kommunerne og et sygehus i et område har et godt samarbejde. Derfor er variablene udeladt af den endelige benchmarkinganalyse.

Sektor

Det er forsøgt at kontrollere for, hvorvidt det har betydning om man arbejder i den offentlige eller private sektor forud for den sygehuskontakt, hvor genoptræningsplanen blev udarbejdet. Variablen har ingen betydning, når branche inkluderes i modellen.

Anciennitet på arbejdsplads

Der er forsøgt kontrolleret for hvor lang tid, man har været ansat på sin arbejdsplads, når beskæftigelsen måles 2 måneder før sygehuskontakten, hvor genoptræningsplanen er udarbejdet. Variablen var insignifikant og bidrog ikke til forklaringsgraden af modellen.

Lokale arbejdsmarkedsforhold

Der er forsøgt at kontrollere for de lokale arbejdsmarkedsforhold ved hjælp af ledighedsprocenten i ens bopælskommune, den måned hovedindikatoren er opgjort. Variablen var ikke signifikant og bidrog ikke til at forklare variationen mellem kommunerne og blev derfor udeladt.

Der er desuden forsøgt kontrolleret for hvorvidt man er hovedforsørger, har børn, arbejder og bor i samme pendlingsområde og bystørrelse, disse variable blev også udeladt af samme grund som beskrevet ovenfor.

6 Afdækning af tiltag til inspiration hos kommunerne

Der er udarbejdet et inspirationskatalog med konkrete tiltag til at nedbringe andelen af de beskæftigede med muskel – og skeletlidelser, som er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start. Inspirationskataloget er baseret på interviews i 10 kommuner med relevante medarbejdere og ledere fra både genoptræningsenheden og på beskæftigelsesområdet, herunder særligt sygedagpengeafdelingen.

² Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner, KORA (2016)

De 10 kommuner er udvalgt først og fremmest på baggrund af resultaterne i den kvantitative benchmarkinganalyse. De udvalgte kommuner er alle blandt de kommuner, der har klaret sig bedst i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår - målt på andelen, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.

Ud over kommunernes placering i benchmarkinganalysen, er der ved udvælgelsen, lagt vægt på, hvordan kommunerne har klaret sig efter hhv. 2 og 6 måneder. Der er gennemført en identisk benchmarkinganalyse, hvor hovedindikatoren er opgjort ud fra, hvorvidt man er på offentlige ydelser efter hhv. 2 og 6 måneder i stedet for efter 3 måneder.

I udvælgelsen er der lagt vægt på, at kommunerne har klaret sig godt i flere af hovedindikatorerne. Der er lagt større vægt på, at kommunerne har klaret sig godt efter 2 måneder end efter 6 måneder, da der i analysen er fokus på det korte sigt. Det skyldes, at jo længere væk man kommer fra forløbet, jo mindre er sandsynligheden for, at det er genoptræningsforløbet og den kommunale indsats, der har betydning for, om borgeren fastholdes i job eller kommer i beskæftigelse efter en sygemelding. Efter 6 måneder kan en række andre begivenheder kan være indtruffet, som påvirker billedet.

Dataindsamlingen til inspirationskataloget er gennemført af COWI på vegne af Social – og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. COWI har udvalgt de 10 kommuner ud fra en bruttoliste, der opfylder kravene beskrevet ovenfor. COWI har i den endelige udvælgelse af kommunerne suppleret med faktorer såsom geografi, kommunestørrelse mv.

I boksen nedenfor ses de kommuner, som er udvalgt til den kvantitative analyse.

Boks 6.1

Udvalgte kommuner, som er anvendt til udarbejdelsen af inspirationskataloget

- Hvidovre
- Hillerød
- Tønder
- Vejle
- Gladsaxe
- Lyngby – Taarbæk
- Kalundborg
- Jammerbugt
- Silkeborg
- Helsingør

I de 10 kommuner har COWI gennemført interviews hos både genoptræningsenheden og sygedagpengeafdelingen. I genoptræningsenheden blev der gennemført to interviews: Ét med lederen (eller lederne), samt ét med en eller flere medarbejdere. Der blev ligeledes gennemført to interviews hos sygedagpengeafdelingen med samme opdeling på ledelse og medarbejder.

Den kvantitative analyse er baseret på personer, der er startet i genoptræning i 2016 og 2017. Der har i interviewsne været fokus på den nuværende praksis og tiltag, som er gældende i dag, men som også i høj grad var gældende i 2016 og 2017. Det er derfor vurderingen, at tiltagene er relevante, selvom der har været ændringer på området som eksempelvis krav til kortere ventetid og frit valgs-ordning.

Tiltagene, der præsenteres i et særskilt inspirationskatalog, er baseret på et casestudie i de 10 kommuner. Der er derfor ikke tale om et effektstudie, hvor den direkte effekt af tiltagene er vurderet og der er ikke undersøgt evidens af de virkninger, som deltagerkommunerne knytter til tiltagene.

På baggrund af de gennemførte interviews har COWI identificeret tiltag og tilgange til arbejdet med at sikre, at beskæftigede med en muskel – og skeletlidelse fastholdes i eller vender hurtigt tilbage til arbejdet. Det er tiltag og tilgange, som deltagerkommunerne selv fremhæver som værende centrale for kommunens arbejde i forhold til erhvervsaktive med muskel – og skeletlidelser. De beskrevne tiltag er alle valideret af kommunerne.