



Dato	Sagsbehandler	J. nr.	Dok.nr
Juli 2004		16.19	
<hr/>			
KAPITEL 1: INDLEDNING			3
1.1 RAPPORTENS INDHOLD OG OPBYGNING			4
1.2 RAPPORTENS HOVEDKONKLUSIONER OG ANBEFALINGER			4
KAPITEL 2: KATEGORISERING AF BORGERE MED DIAGNOSEN PSYKISK SYG			6
2.1 BESKRIVELSE AF KATEGORIERNE.....			6
2.2 VARIGHEDEN I SAGERNE MED DIAGNOSEN PSYKISK SYG			9
2.3 OPSAMLING			10
KAPITEL 3: NÅR DER ER EN BLANDING AF LIDELSER.			13
3.1 BETYDNINGEN AF BLANDING AF DIAGNOSER.....			13
3.2 OPSAMLING.			15
KAPITEL 4: BETYDNINGEN AF DÅRLIGT PSYKISK ARBEJDSMILJØ.....			17
4.1 PSYKISK ARBEJDSMILJØ I TAL.....			17
4.2 BETYDNINGEN AF MOBNING OG CHIKANE PÅ ARBEJDSPLADSEN.			19
4.3 OPSAMLING			21
KAPITEL 5: LANGVARIGE SYGEMELDINGER FORDELT PÅ KØN, UDDANNELSE OG SOCIAL STATUS			23
5.1 FORSKELLE I SYGEMELDINGER I FORHOLD TIL KØN, UDDANNELSE OG SOCIAL STATUS			23
5.2 OPSAMLING			25
KAPITEL 6: VARIGHED I SAGERNE			26
6.1 VARIGHED – ALLE SAGER OVER 52 UGER			26
6.2 OPHØRSÅRSAG FOR ALLE SAGER OVER 52 UGER.....			28
6.3 BETYDNINGEN AF ALDER OG KØN.....			32
6.4 OPSAMLING			34
KAPITEL 7: LOVÆNDRINGER MED BETYDNING FOR PRAKSIS VEDRØRENDE SYGEDAGPENGE SAGER			36

KAPITEL 8: TILTAG DER KAN HJÆLPE DEN PSYKISK SYGE BORGER TILBAGE PÅ ARBEJDSMARKEDET	38
8.1 NUVÆRENDE TILTAG.....	38
8.2 FORSLAG TIL EVENTUELLE FREMTIDIGE TILTAG	39
KAPITEL 9: OPSAMLING OG KONKLUSION	43
9.1 KONKLUSION.....	45
LITTERATURLISTE	49

Kapitel 1: Indledning

Sygefravær må generelt ses som et stort problem på arbejdsmarkedet. Således svarer det samlede sygefravær i Danmark til ca. 140.000 fuldtidsstillinger. Problemet bliver dog yderligere forværret, hvis der er tale om langvarige sygemeldinger. Allerede efter tre måneders sygemelding øges risikoen for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet nemlig markant, og de sygemeldte, der ikke er kommet i arbejde efter de første 6-8 måneder af sygemeldingen, har gennemgående meget små chancer for at komme i arbejde. For sygemeldinger over et år gælder det, at to ud af tre ikke kommer direkte tilbage til arbejdsmarkedet.

Grunden til at længere tids sygefravær gør det svært at komme tilbage på arbejdsmarkedet er dels, at de faglige kvalifikationer ikke vedligeholdes, og dels at marginalisering og manglende socialt samvær med kolleger kan føre til manglende selvtillid og gå ud over den daglige trivsel.

Der er gennem de sidste 10 år set en markant stigning i sygemeldinger grundet psykiske årsager. Dette kan dels forklares ved større opmærksomhed på området, og dels ved det stigende arbejdstempo, der kan være medvirkende årsag til, at flere og flere danskere får stress og psykiske lidelser, der er værre endnu. Psykiatrifonden anslår, at op mod 200.000 danskere på arbejdsmarkedet lider af psykiske problemer eller direkte psykisk sygdom, og verdenssundhedsorganisationen WHO forudser, at stress og depression vil blive den næsthøypigste sygdomsfaktor i 2020, medmindre der sættes ind nu.

Det store flertal af personer med mentale sygdomme har et ønske om at arbejde, men har vanskeligheder ved at finde og beholde et arbejde. Denne jobusikkerhed forværrer deres mentale helbredsproblemer. Det er derfor vigtigt at have en strategi for, hvordan sygefraværet generelt kan nedbringes og specifikt at have en strategi for, hvordan borgeren kan opnå og fastholde et arbejde, hvis borgeren er psykisk syg.

1.1 Rapportens indhold og opbygning

Denne rapport er en status over borgere med diagnosen psykisk syg i Høje-Taastrup Kommune. Den har til formål detaljeret at gennemgå de 173 sager, hvor borgeren har diagnosen psykisk syg¹.

I rapportens del 1 kategoriseres de 173 sager i syv diagnosegrupper afhængig af psykisk diagnose, og derefter ses på, hvad der karakteriserer de enkelte diagnosegrupper samt hvad de enkelte diagnoser kan betyde for borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet.

Der er i denne del af rapporten desuden et særskilt fokus på at beskrive, hvorledes sager med en blanding af fysiske og psykiske lidelser i væsentlig grad kan forlænge sygdomsforløbet, samt hvad et dårligt psykisk arbejdsmiljø kan betyde for tilknytningen til arbejdsmarkedet. Der gives desuden et bud på årsager til at kvinder udgør 75 % af sygemeldingerne, samt at der synes at være en sammenhæng mellem social status og sygefravær.

I rapportens del 2 gennemgås *alle* de afsluttede sygemeldinger fra år 2003, der havde en varighed over 52 uger. Der er i denne del af rapporten et specifikt fokus på, hvor borgeren går hen, når de passiviseres fra kommunen, herunder også om der er en sammenhæng mellem borgerens diagnose og det de raskmeldes til.

I rapportens del 3 vil der være forslag til eventuelle fremtidige tiltag, der kan være med til at hjælpe den psykisk syge borger med at opnå og fastholde et arbejde og dermed være med til at begrænse varigheden i sagerne.

1.2 Rapportens hovedkonklusioner og anbefalinger

Det konkluderes, at de langvarigt sygemeldte borgere, der lider af en psykisk sygdom, er en meget blandet og kompleks størrelse, og at det derfor er meget vanskeligt at have en entydig strategi i forhold til fastholdelse og reintegration af disse borgere på arbejdsmarkedet. Det anbefales dog at udbygge samarbejdet med de lokale virksomheder, således at de psykisk syge borgere, i højere grad end nu, kan blive fastholdt på arbejdspladsen. Samarbejdet med virksomheder og borgere skal baseres på,

¹ Pr. 2. februar 2004 er der 173 sager, ifølge sygedagpengeprofilen Essentia. I uge 6, 2004 var der 569 løbende sager, altså udgør sagerne med diagnosen psykisk syg, cirka 1/3 af det samlede antal løbende sager.

at kommunen informerer disse om rettigheder og pligter, og om muligheder for fastholdelse og reintegration af sygemeldte borgere på arbejdsmarkedet.

Der skal således fortsat være fokus på, at informere virksomhederne om muligheden for, at fastholde psykisk syge borgere ved hjælp af:

- løntilskud
- hjælpemidler og personlig mentor
- aftalebaseret skånejob
- fleksjob
- delvise syge-/raskmeldinger
- aftaler for borgere med kroniske lidelser (§28-aftaler)

Der skal ligeledes fortsat være fokus på, at informere virksomhederne om integration af psykisk syge borgere ved hjælp af:

- løntilskud
- virksomhedspraktik
- vejledning og opkvalificering
- fleksjob
- hjælpemidler og personlig mentor

Ud over fortsat fokus på information, kommunikation og samarbejde med virksomhederne, kan øget fokus på området ligeledes ske ved en opnormering af medarbejderstaben. Dette er allerede tilfældet i Høje-Taastrup Kommune, idet der i nærmeste fremtid forventes ansat en ekstra virksomhedsrettet medarbejder.

Kapitel 2: Kategorisering af borgere med diagnosen psykisk sygdom

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af de forskellige kategorier af psykisk sygdom. De forskellige diagnosegrupper beskrives og det gennemgås, hvordan borgerne fordeler sig på de forskellige diagnosegrupper samt hvordan diagnosegrupperne fordeler sig i forhold til køn. Slutteligt ses på den gennemsnitlige varighed af sagerne samt på hvordan diagnosegrupperne fordeler sig ved en varighed over 52 uger.

2.1 Beskrivelse af kategorierne

Som det ses af nedenstående, er sagerne med diagnosen psykisk sygdom opdelt i syv kategorier, hhv. let depression, moderat til svær depression, psykisk arbejdsmiljø, belastningssyndrom, social fobi, skizofreni m.v. samt angst².

Kategoriseringen – også fordelt på køn

Diagnose:	Let depression	Moderat til svær depression	Dårligt psykisk arbejdsmiljø	Belastnings-syndrom (stress, krise)	Social fobi (samt enkelte andre fobier)	Skizofreni, manio-depressivitet, psykoser mv.	Angst (social angst, panikangst mv.)	I alt
Sager	41	25	17	47	3	14	26	173
Køn – k/m	31 10	21 4	13 4	40 7	2 1	6 8	18 8	131 42

Blandt de psykisk syge er der flest kvinder. Således er cirka 75 % af de sygemeldte med psykiske lidelser kvinder. Opgøres tallene procentvis, ser fordelingen ud som følger:

² Den specifikke kategorisering er foretaget før gennemlæsning af sagerne, på baggrund af generel viden om de forskellige diagnoser, og er efterfølgende blevet udbygget efter gennemlæsning af sagerne.

Kategoriseringen i hele procentvise tal – også fordelt på køn

Diagnose:	Let depression	Moderat til svær depression	Dårligt psykisk arbejdsmiljø	Belastnings-syndrom (stress, kriser)	Social fobi (samt enkelte andre fobier)	Skizofreni, manio-depressivitet, psykoser mv.	Angst (social angst, panikangst mv.)	I alt
	24%	14%	10%	27%	2%	8%	15%	100%
Køn – k/m	76% 24%	84% 16%	76% 24%	85% 15%	66% 33%	43% 57%	69% 31%	76% 24%

Let depression er karakteriseret ved at være en depressiv tilstand, der er af kort varighed (selve tilstanden, ikke sygemeldingen) samt ved ikke at være af tilbagevendende karakter. Der kan være tale om normal tristhed og nedsat stemningsleje eller tristhed opstået som følge af en engangshændelse i familiære eller arbejdsmæssige forhold. I denne kategori er der 41 borgere.

Moderat til svær depression er en depressiv tilstand der hæmmer borgeren i en sådan grad, at vedkommende ubehandlet ikke kan fungere i arbejdsituationer eller andre dagligdagsfunktioner samt ved en nedsat evne til at deltage i det daglige sociale samvær. Den depressive tilstand er af lang varighed og er en tilbagevendende del af borgerens liv. En svær depression er kendetegnet ved nedsat stemningsleje ledsaget af manglende tro på sig selv: Tankeindholdet er pessimistisk, man duer ikke længere til noget, man føler sig værdiløs, alting opleves meningsløst, fremtiden ser håbløs ud, man føler skyld, har selvmordstanker, spiseforstyrrelser og søvnforstyrrelser. Der kan desuden være døgnvariationer, psykomotorisk hæmning (langsomme bevægelser og tale), hypokondre forestillinger, nedsat koncentrationsevne m.m. Der er således tale om et langvarigt og eventuelt kronisk depressionsforløb. I denne kategori er der 25 borgere.

Psykisk arbejdsmiljø er karakteriseret ved dårligt arbejdsmiljø på arbejdspladsen som følge af eksempelvis mobning og chikane fra kolleger og chefer samt tilknyttede eksterne samarbejdspartnere (eksempelvis en folkeskolelærers kontakt med forældre til eleverne). Dårligt psykisk arbejdsmiljø kan også dreje sig om at borgeren oplever trusler i forbindelse med udførelsen af sit erhverv. Der er således tale om en diagnose, der knytter sig til en bestemt arbejdsplads. Man kan sige, at borgeren bliver

syg af at varetage netop *dette* arbejde, men på en anden arbejdsplads ville borgeren sandsynligvis kunne fungere på normal vis. Hvis borgeren er udsat for dårligt psykisk arbejdsmiljø over længere tid, kan det dog invalidere borgeren i en sådan grad, at han eller hun ikke umiddelbart kan integreres på en anden arbejdsplads, derfor er det afgørende med en tidlig indsats. Borgere der er syge af psykisk arbejdsmiljø er kategoriseret under denne overskrift, hvis det *direkte* er fremgået ved opslag i sagen, at sygdommen hænger sammen med psykisk arbejdsmiljø. Der kan således godt være flere borgere, der er udsat for dårligt psykisk arbejdsmiljø, men hvor det ikke direkte fremgår som væsentligste sygdommeldingsårsag og de derfor ikke er medtaget i denne kategori. Borgere kan ligeledes have diagnosen stress, uden at det har noget med det psykiske arbejdsmiljø at gøre. I denne kategori er der 17 borgere.

Belastningssyndrom (stress, krise, posttraumatisk stresssyndrom) er karakteriseret ved at være en reaktion på enten stress som følge af stort arbejdspress (fyringsrunder, udvidelse af arbejdsområder og lignende) eller karakteriseret ved at være krise som følge af en pludseligt opstået hændelse (krise i privatlivet – syg ægtefælle, traumatisk barndom præget af psykiske, seksuelle og fysiske overgreb eller lignende). Denne kategori anvendes ligeledes hvis krisen først blusser op senere i livet, eksempelvis som følge af stort arbejdspress. Træk i personligheden som fx perfektionisme, ærekærhed, manglende evne til at sige fra, vanskeligheder ved at sætte grænser over for omgivelserne osv., kan være medvirkende årsag til, at arbejdslivet opleves som stressende og at arbejdsbyrden eskaleres. Underliggende psykisk sygdom og et skrøbeligt sind, kan således blive fremprovokeret af stressende arbejde. Stress kan altså ikke i alle tilfælde siges at være den egentlige lidelse, men en væsentlig medvirkende faktor til, at lidelsen bryder frem. I denne kategori er der 47 borgere.

Social fobi (samt enkelte andre fobier) er en manglende evne til at indgå i forskellige (sociale) sammenhænge. En fobisk angst for sociale situationer, ofte ledsaget af (voldsomme) angstanfald. Specielt agorafobi (angst for at færdes uden for hjemmet) må siges ubehandlet at være svært hæmmende for deltagelse på arbejdsmarkedet. I denne kategori er der 3 borgere.

Skizofreni, maniodepressivitet, psykoser mv. er karakteriseret ved at være langvarigt behandlingskrævende og i høj grad hæmmende for at indgå på normal vis på arbejdsmarkedet. Borgere i denne

kategori har ofte mange indlæggelser på psykiatriske afdelinger bag sig og deres tilværelse er i høj grad præget af deres psykiske sygdom. I denne kategori er der 14 borgere.

Angst (social angst, panikangst) er karakteriseret ved at være hæmmende i en sådan grad, at det ubehandlet er umuligt for borgeren at fungere socialt og derfor umuligt at fungere i arbejdssituationer. Denne gruppe må i høj grad betragtes som havende svært ved at fungere på arbejdsmarkedet. Borgere med social angst har typisk problemer med at skulle indgå i et socialt fællesskab på arbejdspladsen samt problemer med transporten til og fra arbejdspladsen, da de ofte oplever stor angst i forbindelse med offentlige transportmidler. Hvis denne gruppe af borgere skal integreres på arbejdsmarkedet igen, stilles der således både krav til arbejdspladsens sociale rummelighed samt arbejdspladsens placering i forhold til hjemmet. I denne kategori er der 26 borgere.

2.2 Varigheden i sagerne med diagnosen psykisk syg

Der er, som det fremgår af nedenstående skema, stor forskel på den gennemsnitlige varighed af sygemeldingerne, alt efter hvilken diagnosegruppe borgeren tilhører:

Gennemsnitlig varighed af sygemelding fordelt på kategorier - angivet i hele uger

Diagnose:	Let depression	Moderat til svær depression	Dårligt psykisk arbejdsmiljø	Belastnings-syndrom (stress, krise)	Social fobi (samt enkelte andre fobier)	Skizofreni, manio-depressivitet, psykoser mv.	Angst (social angst, panikangst mv.)	Gennemsnitlig varighed i alt
Uger	21	57	44	30	41	58	56	44

Diagnosegrupperne let depression samt belastningssyndrom er typisk af en varighed under den gennemsnitlige for sager med en psykisk diagnose på 44 uger, hvorimod diagnosegrupperne moderat til svær depression, skizofreni mv. samt angst typisk har en varighed over den gennemsnitlige. Dette giver et meget godt billede af, at det er sidstnævnte diagnosegrupper, der må anses som 'tunge' i forhold til bedring af borgerens tilstand og derfor også som de vanskeligste, i forhold til at opnå og fastholde en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Ser man på sager med diagnosen psykisk syg, der har en varighed på over 52 uger, gentager billedet sig, hvad også fremgår af nedenstående skema:

Sager med diagnosen psykisk på over 52 uger fordelt på kategorier - angivet i hele procentvise tal

Diagnose:	Let depression	Moderat til svær depression	Dårligt psykisk arbejdsmiljø	Belastnings-syndrom (stress, krise)	Social fobi (samt enkelte andre fobier)	Skizofreni, manio-depressivitet, psykoser mv.	Angst (social angst, panikangst mv.)	Gennemsnitlig sager over 52 uger
	5%	44%	29%	15%	33%	57%	46%	33%

Skemaet viser, ikke overraskende, at de 'tunge' kategorier går igen i forhold til antal sager med en varighed på over 52 uger. Diagnosegrupperne let depression samt belastningssyndrom har derimod en forholdsvis lille andel af borgere, der sygemeldes med en varighed på over 52 uger.

2.3 Opsamling

Der er stor forskel på borgerens mulighed for at kunne opnå og fastholde en tilknytning til arbejdsmarkedet, alt efter hvilken diagnosegruppe borgeren tilhører. Da reintegration på arbejdsmarkedet hænger uløseligt sammen med varigheden af borgerens sygemelding, giver ovenstående gennemgang et meget godt billede af, hvilke diagnosegrupper der forholdsvis let kan reintegreres på arbejdsmarkedet, og hvilke diagnosegrupper det vil være mere problematisk at få til at opnå og fastholde en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Borgere med diagnosen let depression har, i denne sammenhæng, gennemsnitligt en forholdsvis kort sygemelding og sjældent af en varighed på over 52 uger. Dette sammenholdt med symptomerne på let depression, gør at denne diagnosegruppe er forholdsvis let at reintegrere på arbejdsmarkedet.

For borgere i diagnosegruppen moderat til svær depression, vil det være noget vanskeligere at blive reintegreret på arbejdsmarkedet. Dette fordi lidelsen er tilbagevendende og ofte kendetegnet af meget langvarige sygemeldinger. Med en sådan sporadisk tilknytning til arbejdsmarkedet er det svært at

vedblive at være attraktiv for en arbejdsgiver. Borgere med diagnosen moderat til svær depression har ofte en manglende tro på egne evner og en følelse af håbløshed og meningsløshed, der kan gøre det meget vanskeligt selv at gøre en aktiv indsats for at komme videre. De skal med andre ord have en hjælpende hånd.

Borgere, der har været udsat for dårligt psykisk arbejdsmiljø, vil ofte have meget vanskeligt ved at fastholde tilknytningen til den arbejdsplads, hvor overgrebet har fundet sted. Ved tidlig indgriben vil borgere i denne gruppe således ikke kunne betragtes som værende *generelt* uarbejdsdygtige i forhold til arbejdsmarkedet. Hvis borgeren derimod oplever chikane eller trusler i forbindelse med arbejdet igennem en længerevarende periode, kan det resultere i, at arbejdsevnen generelt reduceres og at borgeren ikke længere kan fungere på arbejdsmarkedet. Kodeordet i denne forbindelse må derfor være tidlig indgriben i forhold til at løse problemer med dårligt psykisk arbejdsmiljø på arbejdspladsen, således at borgeren har mulighed for og ønsker, at fortsætte sin ansættelse på arbejdspladsen. Det er derfor afgørende, at der på arbejdspladsen er et ansvar og en vilje til at erkende problemet og gøre en aktiv indsats for at løse det. Hvis der ikke hos arbejdsgiveren eksisterer en sådan vilje, vil en omplacering af borgeren være den eneste løsning.

Borgere med diagnosen belastningssyndrom er forholdsvis sjældent sygemeldt i over 52 uger og har, i denne sammenhæng, generelt en sygemelding af kortere varighed. Da det som oftest er en pludselig opstået hændelse, der er årsag til sygemeldingen, vil borgere i denne diagnosegruppe have forholdsvis nemt ved at blive fastholdt eller reintegreret på arbejdsmarkedet, når de er behandlet for deres krise eller har fået en pause fra deres stressende arbejde.

Borgere med diagnosen social fobi vil efter succesfuld behandling ofte kunne fungere på arbejdsmarkedet, men behandlingen er ofte langvarig og derfor er sygdomsforløbet typisk langvarigt for borgere i denne diagnosegruppe.

Borgere der lider af skizofreni, maniodepressivitet og psykoser har generelt meget svært ved at fungere tilfredsstillende på arbejdsmarkedet. Dette skyldes, at lidelser af denne art i høj grad er behandlingskrævende og ofte vil være ledsaget af mange indlæggelser på psykiatriske hospitaler. Da sygemeldinger i denne diagnosegruppe ofte er meget langvarige, vil borgerens tilknytning til arbejdsmar-

kedet i praksis være sporadisk og dermed vil borgerens chance for stabil tilknytning til arbejdsmarkedet formindskes.

Borgere i diagnosegruppen angst har ofte meget vanskeligt ved at fungere socialt og ved at færdes udenfor hjemmet. Dette gør denne gruppe borgere meget svær at placere på arbejdsmarkedet, da der skal tages vide hensyn til arbejdspladsens sociale rummelighed samt til arbejdspladsens placering i forhold til hjemmet. Der vil ofte skulle et langvarigt behandlingsforløb til samt specielle hensyn på arbejdspladsen, før borgere med angstlidelser vil kunne fungere på arbejdsmarkedet. Denne diagnosegruppe må derfor siges at være forholdsvis svær at fastholde eller reintegrere på arbejdsmarkedet.

Kapitel 3: Når der er en blanding af lidelser.

I de sager hvor borgeren både har en fysisk og en psykisk lidelse, vil varigheden af sygemeldingen ofte forlænges væsentligt, idet der så er flere instanser der skal samarbejde om borgerens helbredelse.

3.1 Betydningen af blanding af diagnoser.

I over 1/4 af sagerne, nemlig cirka 28 % af de 173 sager, er der en blanding af lidelser³. Det kan dreje sig om sager, hvor sygdomsforløbet starter med en fysisk lidelse og senere tilstøder en 'psykisk overbygning', der muligvis efterfølgende bliver den primære. Det kan også betyde, at behandlingen af den psykiske lidelse afventer en behandling af den fysiske lidelse eller omvendt. Blandingen af diagnoser kan således i væsentlig grad forlænge varigheden af sygemeldingen.

Hvis der ses på blanding af lidelser indenfor den enkelte kategori, fordeler de sig som følger:

Sager med blanding af lidelser fordelt på kategorier - angivet i hele procentvise tal

Diagnose:	Let depression	Moderat til svær depression	Dårligt psykisk arbejdsmiljø	Belastnings-syndrom (stress, kriser)	Social fobi (samt enkelte andre fobier)	Skizofreni, manio-depressivitet, psykoser mv.	Angst (social angst, panikangst mv.)
	20%	48%	6%	23%	0%	29%	38%

Ved moderat til svær depression er cirka halvdelen af sagerne således karakteriseret ved en blanding af lidelser, og ved angst og skizofreni mv., er også en stor del af sagerne karakteriseret ved en blanding af lidelser. Borgere med diagnosen social fobi er derimod ikke karakteriseret ved en blanding af lidelser og det er borgere med diagnosen psykisk arbejdsmiljø overvejende heller ikke. Dette kan del-

³ I cirka 2/3 af disse sager drejer det sig om en blanding af fysiske og psykiske lidelser. Det fremgår kun *direkte* i 18 sager, at der er en blanding af misbrug og psykiske lidelser.

vis forklares ved, at moderat til svær depression, angst og skizofreni er 'tunge' og langvarige psykiske diagnoser og at borgeren måske derfor har forsøgt 'selvmedicinering' (alkohol eller stoffer).

I sager uden blanding af lidelser, ligger den gennemsnitlige varighed af sygemeldingen på cirka 36 uger. I de sager, hvor der er en blanding af lidelser, ligger den gennemsnitlige varighed af sygemeldingen på cirka 51 uger. Altså 15 uger mere pr. sag, end den gennemsnitlige varighed på sagerne uden blanding af lidelser. Dette kan delvis forklares ved, at den fysiske lidelse ofte står i vejen for en afklaring af, hvilke tiltag der skal iværksættes i forhold til den psykiske lidelse. Dette kan eksempelvis dreje sig om en kvinde der har brystcancer og samtidig (eller måske derfor) er deprimeret. 'Helbredelsen' af den psykiske lidelse er således afhængig af, hvorledes sygdomsforløbet i forhold til canceren ser ud. Netop derfor er det af stor betydning, at borgeren ikke oplever lange ventetider på behandling af sin fysiske lidelse. En anden forklaring på at varigheden for sager med en blanding af lidelser er højere kan være, at borgeren har forsøgt at 'selvmedicinere' sig med alkohol eller stoffer. Problemet med selvmedicinering er generelt mest udtalt i de 'tunge' kategorier og kan eventuelt skyldes manglende diagnosticering og behandling over lang tid. Når der således er stødt et misbrugsproblem til det psykiske problem, vil sygemeldingen som oftest være af længere varighed, da borgeren først skal behandles for sit afhængighedsproblem, inden der kan igangsættes en egentlig behandling af den psykiske lidelse. Det er derfor afgørende, at behandling og diagnosticering af borgere med psykiske lidelser er rettidig, således at der ikke støder komplicerende misbrugsproblemer til den psykiske lidelse.

Et misbrug vil, ud over diagnosen psykisk syg, være medvirkende til, at borgeren får sværere ved at fungere på en arbejdsplads samt får sværere ved at indgå i en egentlig behandling af den psykiske sygdom. Derfor vil disse sager også typisk være mere længerevarende, end sager hvor der 'kun' er en psykisk diagnose

Ved gennemgang af de 173 sager fremgår det direkte i 16 af sagerne, at borgeren har et komplicerende overforbrug af alkohol⁴. Det drejer sig om ni kvinder og syv mænd⁵. Hos kvinderne har flertallet

⁴ Dette antal sager behøver ikke nødvendigvis at være retvisende i forhold til hvor mange borgere der reelt har et misbrugsproblem, da dette kan være svært at konstatere for behandlerne, medmindre kontakten til borgeren er langvarig og stabil, eller hvis problemet er meget åbenlyst – eksempelvis at borgeren møder påvirket op til samtale.

diagnosen moderat til svær depression⁶, hos mændene er sygdomsbilledet blandet⁷. Der er ligeledes to kvinder der har et komplicerende misbrugsproblem af andre stoffer⁸.

Det er i psykiatrien et velkendt problem, at personer med en psykisk sygdom forsøger at selvmedicinere sig, såfremt de ikke indgår i et behandlingsforløb. Det er hyppigst forekommende ved lidelser som skizofreni og svær angst. Men det forekommer ved alle typer af diagnoser, hvilket også fremgår af ovenstående.

Det kan være vanskeligt at forkorte sygemeldingsforløbet, når der er en blanding af lidelser, da dette i høj grad komplicerer forløbet. Der skal måske snarere være tale om en forebyggende indsats.

3.2 Opsamling.

I over ¼ af sagerne er der en blanding af lidelser. Det drejer sig om borgere, der ud over deres psykiske lidelse enten har en fysisk lidelse eller har et misbrugsproblem. Hvis der er tale om en blanding af psykisk og fysisk sygdom (fx kræft og svær depression), vil en raskmelding ofte være betinget af, at der sker en afklaring i forhold til den fysiske sygdom. Det kan således være meget vanskeligt for borgeren at komme videre med sit liv, før den fysiske sygdom er behandlet. Sygemeldinger, hvor der er en blanding af psykisk og fysisk sygdom, vil også ofte blive langvarige på grund af ventetider i sygehusvæsenet. Hvis der er tale om en blanding af psykisk sygdom og misbrugsproblemer (fx angst og et overforbrug af alkohol), vil en behandling af den psykiske sygdom nødvendiggøre, at borgeren først er blevet behandlet for sit misbrug. Dette komplicerer helbredelsen væsentligt, da den psykiske sygdom ofte er årsagen til misbruget.

Når der er en blanding af lidelser vil varigheden af sygemeldingen således blive forlænget væsentligt, da sygdomsforløbet og en eventuel helbredelse besværliggøres. Det er meget vanskeligt at forkorte

⁵ Der er tale om så få sager, at det kan være vanskeligt at sige noget signifikant om sammenhænge.

⁶ Seks af kvinderne lider af moderat til svær depression, én af angst, én af let depression og én af belastningssyndrom.

⁷ To af mændene lider af skizofreni, to af let depression, én af moderat til svær depression, én af belastningssyndrom og én af angst.

⁸ Den ene af kvinderne lider af skizofreni og den anden af moderat til svær depression.

sygdomsforløbet for borgere, der har en blanding af lidelser, da deres helbredelse i høj grad forlænges af ventetider i sygehusvæsenet og kompliceres af deres misbrugsproblemer.

Kapitel 4: Betydningen af dårligt psykisk arbejdsmiljø

Der er i disse år mere fokus på psykisk arbejdsmiljø end nogensinde. Ifølge Arbejdsskadestyrelsen, er antallet af anmeldte psykiske arbejdsskader på kraftig fremmarch og udgør i dag således næsten 10 % af alle anmeldte arbejdsskader⁹. Denne voldsomme stigning kan skyldes flere faktorer, dels at der er et voldsomt misforhold mellem arbejdsopgaver og ressourcer eller konflikter på arbejdspladsen, og dels kan stigningen skyldes en øget bevidsthed om det psykiske arbejdsmiljø eller en kombination af reelt flere psykiske tilfælde og en øget bevidsthed.

Uanset hvad det øgede fokus skyldes, er der bred enighed om, at et bedre psykisk arbejdsmiljø vil reducere antallet af sygemeldinger, der skyldes dårligt mentalt helbred, og at stress er en vigtig medvirkende faktor til mentale helbredsproblemer.

Ser man på arbejdsmiljø i bred forstand forstået som psykosociale, ergonomiske og indeklimamæssige risikofaktorer, tyder forskning på, at godt 1/3 af sygefraværet potentielt kan reduceres eller helt fjernes ved en arbejdsmiljøindsats (AMI 2002). Omfattende sygefravær har desuden stor betydning i forhold til risikoen for tidlig afgang fra arbejdsmarkedet og dermed risikoen for varig forsørgelse. Et bedre psykisk arbejdsmiljø vil således kunne reducere antallet af sygemeldinger på grund af dårligt mentalt helbred, til gavn for borgerne, virksomhederne og for samfundet som helhed.

4.1 Psykisk arbejdsmiljø i tal

Der er i denne undersøgelse 17 ud af 173 sager, hvor sygemeldingen bunder i dårligt psykisk arbejdsmiljø. Ud af disse sager er der kun én der er syg på grund af firing (6 %), lidt under 1/3 er ikke fyret (29 %) og lidt over halvdelen er fyret under deres sygemelding (53 %)¹⁰. Det er markant, at mange af de borgere, der er fyret under deres sygemelding, ikke ønsker at vende tilbage til deres arbejdsplads og der kan ligefrem hos nogle spores lettelse, når de modtager en fyreseddel, da deres sag således virker mere afklaret.

⁹ Ifølge Arbejdsskadestyrelsens opgørelser i perioden 1996-2002.

¹⁰ Hos 12 % fremgår det ikke direkte, om de er blevet fyret.

Uddannelsesmæssigt er denne gruppe borgere blandet, dog med en tendens til mellemlange uddannelser såsom lærer, pædagog eller kontorassistent samt korte eller ingen uddannelser såsom taxachauffør, lagerarbejder og fængselsbetjent (der er kun én borger med en længerevarende uddannelse). Der er en lille overvægt af erhverv, hvor der direkte arbejdes med mennesker (53 %), resten af erhvervene er kendetegnet ved at der ikke direkte arbejdes med mennesker, udover kontakten til kolleger (35 %)¹¹.

I 18 % af sagerne bunder sygdommeldingen i psykisk belastende arbejdsmiljø, herunder eksempelvis et meget råt miljø på arbejdspladsen (fx fængselsbetjent), eller trusler i forbindelse med udøvelsen af arbejdet (fx taxachauffør). I 41 % af sagerne bunder sygdommeldingen i chikane og mobning fra kolleger, ledelse eller samarbejdspartnere. Og i andre 41 % af sagerne bunder sygdommeldingen i uspecificeret dårligt psykisk arbejdsmiljø. Oplysningerne om denne sidste gruppe er meget sparsomme, hvilket gør det vanskeligt, at opsummere noget generelt om denne gruppe.

For borgere i gruppen med psykisk belastende råt arbejdsmiljø eller trusler gælder det, at de gennem længere tid er blevet så psykisk belastet af de vilkår de arbejder under, at de i mange tilfælde er blevet invalideret i forhold til arbejdsmarkedet. Og det ikke kun i forhold til nuværende arbejdsplads, men bredt i forhold til at kunne fungere på arbejdsmarkedet. Det fremgår ikke af sagerne, om disse borgere tidligt i forløbet har forsøgt, at sige fra overfor det belastende arbejdsmiljø, så det er vanskeligt, i denne sammenhæng, at sige noget om eventuelle effekter af dette.

For borgere i gruppen med mobning og chikane gælder det, at de har en konflikt med kolleger, ledelse eller andre samarbejdspartnere der gør, at de har meget svært ved at fungere på *netop* denne arbejdsplads. Afhængig af hvor lang tid mobningen og chikanen har pågået, har de fleste af disse borgere mod på at fungere på arbejdsmarkedet, men dog på en anden arbejdsplads. De borgere, der gennem lang tid er blevet udsat for meget grov mobning og chikane, kan dog have svært ved at tro på, at de i fremtiden har en rolle at spille på arbejdsmarkedet.

¹¹ Hos 12 % er erhvervet ikke angivet.

4.2 Betydningen af mobning og chikane på arbejdspladsen.

Dårligt psykisk arbejdsmiljø i form af mobning og chikane på arbejdspladsen er et stort problem for de personer der oplever det, men det er også et stort problem for samfundet. Arbejdstilsynet mener således, at mellem to og seks procent af den arbejdende befolkning i Danmark er udsat for mobning på arbejdspladsen, dette svarer til op mod 150.000 mennesker i den erhvervsaktive alder. Mobning på arbejdspladser er således årsag til øget sygefravær, og øger personaleomsætningen på virksomheden. Dette giver sig udslag i øgede udgifter til ansættelse og oplæring af nye medarbejdere. Stress, mobning og chikane koster således hvert år danske arbejdspladser én million sygedage, dette svarer til en udgift på to milliarder kroner.

Forekomsten af mobning ser ud til at være tæt knyttet til et dårligt psykisk arbejdsmiljø. I denne sammenhæng betyder dårligt psykisk arbejdsmiljø, at hverdagen er præget af konkurrence i stedet for samarbejde, samt at der på arbejdspladsen er en dårlig ledelse. Mobning på arbejdspladsen ser også ud til i høj grad at være forbundet med arbejdsbetinget stress og forekommer oftere ved et højt arbejdsbetinget stressniveau i almindelighed på arbejdspladsen. Mobning kan ligeledes være en del af en strategi for at få en uønsket medarbejder til at sige op. Ansvar for at forebygge mobning og chikane på arbejdspladsen ser således ud til i høj grad at ligge hos den enkelte virksomhed, der ved hjælp af offentliggjorte politikker på området skal signalere, at dette ikke er acceptabelt samt at man vil tage hånd om eventuelle ofre for mobning og chikane. Det synes rimeligt at antage, at dette vil have en gavnlig effekt for de involverede medarbejdere.

For den enkelte kan mobning på arbejdspladsen være en ubehagelig og alvorlig affære, der på langt sigt kan medføre udstødning og marginalisering fra arbejdsmarkedet. Mobning på arbejdspladsen kan således for den enkelte give sig udslag i fysiske, mentale og psykosomatiske symptomer, som fx stress, depression, nedsat selvværd, angstlidelser m.m. samt hukommelses- og koncentrationsproblemer. Posttraumatiske stresssymptomer forekommer også hyppigt hos ofre for mobning, hvis belastningen er kronisk. Disse symptomer kan vare ved år efter hændelserne.

På grund af mobningens alvorlige karakter, vil det ofte være meget problematisk for et offer for mobning, at vende tilbage til den arbejdsplads, hvor mobningen har fundet sted, og man finder blandt de alvorligt mobbede mange langtidssyge som i sidste ende risikerer at blive udstødt af arbejdsmarkedet.

Dette billede kan genkendes i denne undersøgelse, idet de langtidssyge borgere, der har oplevet vedvarende svær mobning og chikane, har meget svært ved, at se sig selv fungere på arbejdsmarkedet igen. Man kan sige, at deres tiltro til egen arbejdsevne og formåen er blevet alvorligt beskadiget.

I denne undersøgelse er der flere borgere, der gentagne gange har været udsat for mobning på forskellige arbejdspladser. Det kan være svært at afgøre, hvorvidt disse borgere selv har et problem med at kommunikere, eller om borgeren har været så uheldig at blive ansat på arbejdspladser med dårligt psykisk arbejdsmiljø. I flere af sagerne springer det dog i øjnene, at personen udsat for mobning har en meget følsom og pligtopfyldende personlighedsstruktur og har store problemer med at sige fra. Dette kan være en tilfældighed eller kan være udtryk for, at netop personer med denne personlighedsstruktur, nemmere bukker under for mobning.

Psykosocialt arbejdsmiljø

Psykosocialt arbejdsmiljø dækker over en lang række forhold på arbejdspladsen, bl.a. arbejdets organisering og indhold, forholdet mellem kolleger og samspillet mellem ledelse og medarbejdere. Det psykosociale arbejdsmiljø kan vurderes ud fra hvilke belastninger det enkelte individ pålægges samt de udviklingsmuligheder den enkelte tilbydes.

Arbejdsmiljøinstituttet har lavet en undersøgelse af det psykosociale arbejdsmiljø, hvor de har set på, om nogle jobgrupper skiller sig ud i forhold til at have højere risiko for at blive belastet af et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø. Undersøgelsen viser, at følgende jobgrupper skiller sig ud ved at have et højt krav om at skjule følelser i arbejdet samt ved ofte at opleve konflikter i arbejdet: folkeskolelærere, SOSU-assistenten samt sygeplejersker. Disse jobgrupper er samtidig kendetegnet ved ikke at have mange ressourcer i forbindelse med arbejdet. Denne gruppe møder således høje krav på arbejdspladsen, uden at opleve høj indflydelse på arbejdet, udviklingsmuligheder i arbejdet eller social støtte i forbindelse med arbejdet. Denne karakteristik af et arbejdsforhold vil i praksis også gælde for andre erhvervsgrupper i større eller mindre grad og kan derfor anvendes som et billede på, hvad der karakteriserer et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø: *høje krav og belastninger i arbejdet uden samtidig at have høj indflydelse på eget arbejde.*

Det er dog ikke alene de krav og belastninger der er i forbindelse med arbejdet, der i sidste ende er afgørende for, om det psykosociale arbejdsmiljø opfattes som dårligt af den enkelte. Det er samtidig vigtigt at medtænke de ressourcer, den enkelte har til rådighed. Dette betyder bl.a. at det ikke er alle der er udsat for høje krav og belastninger, der bliver stressede eller får dårligt helbred. Dette afhænger nemlig samtidig af hvilke personlige ressourcer, den enkelte har til rådighed samt hvilke ressourcer der i arbejdet er til stede, for at udvikle de færdigheder, for at blive mere motiveret, forebygge forringelser af helbredet, udvikle sig som person osv.

Dette understøtter observationen i denne undersøgelse af, at mange af de sygemeldte, der har oplevet dårligt psykisk arbejdsmiljø, har en meget følsom og pligtopfyldende personlighedsstruktur og har store problemer med at sige fra. Der vil desuden være større behov for sygemelding, hvis arbejdet forværrer sygdommen. Dette kan måske forklare, hvorfor ufaglærte personer med hårdt fysisk arbejde eller arbejdspladser hvor der stilles store følelsesmæssige krav, har mere fravær. Altså hvis man ikke har indflydelse på sit arbejde, så vil det være sværere at tage skånebehov i en periode. I denne undersøgelse ses en tendens til mellemlange uddannelser såsom lærer, pædagog eller kontorassistent samt korte eller ingen uddannelser såsom taxachauffør, lagerarbejder eller fængselsbetjent. Der er desuden kun én borger med en længerevarende uddannelse. Dette tyder på, at de langtidssyge borgere med dårligt psykisk arbejdsmiljø i mere eller mindre grad lever op til definitionen på dårligt psykosocialt arbejdsmiljø: høje krav og belastninger i arbejdet uden samtidig at have høj indflydelse på eget arbejde.

4.3 Opsamling

Den eneste åbenlyse fællesnævner for de borgere, der i denne undersøgelse er sygemeldt på grund af dårligt psykisk arbejdsmiljø, er deres uddannelsesniveau. Hovedparten af de sygemeldte borgere har en mellemlang-, kort- eller ingen uddannelse. Dette kan være udtryk for, at de oplever høje krav og belastninger i arbejdet og samtidig oplever, at de ikke har høj indflydelse på eget arbejde, altså definitionen på dårligt psykosocialt arbejdsmiljø. Det er dog her vigtigt at medtænke de personlige ressourcer, den enkelte har til rådighed samt hvilke ressourcer der i arbejdet er til stede, inden der laves lighedstegn mellem uddannelsesniveau og arbejdsmiljø. Man kan netop *ikke* sige, at eksempelvis en kort uddannelse direkte fører til dårligt psykosocialt arbejdsmiljø. Det man kan bruge definitionen til, er at vise nogle af de mekanismer, der kan være medvirkende til, at borgeren oplever dårligt psykisk ar-

bejdsmiljø: at borgeren oplever mange krav på arbejdspladsen og samtidig ikke har nok indflydelse på egen arbejdssituation til at kunne ændre på dette. Og netop disse mekanismer er mere udbredte for personer med mellemlang-, kort- eller ingen uddannelse. Der kan ligeledes være større behov for sygdommelding, hvis arbejdet forværrer sygdommen. Dette kan måske også forklare, hvorfor ufaglærte og personer med hårdt fysisk arbejde eller arbejdspladser, hvor der stilles store følelsesmæssige krav, har mere fravær.

De psykiske belastninger som borgerne i denne undersøgelse har været udsat for på deres arbejdsplads, er typisk råt arbejdsmiljø og trusler, eller det er mobning og chikane fra kolleger, ledere eller samarbejdspartnere. De borgere, der har været udsat for et råt arbejdsmiljø eller trusler, vil i mange tilfælde være invalideret bredt i forhold til at kunne fungere arbejdsmarkedet. De borgere, der har været udsat for mobning og chikane, vil derimod ofte kunne fungere på en anden arbejdsplads. Det handler derfor om at forebygge dårligt psykisk arbejdsmiljø samt om, at de borgere der bliver udsat for mobning og chikane, opfordres til hurtigt at søge arbejde på en anden arbejdsplads. Ansvar for at forebygge mobning og chikane på arbejdspladsen, ser således ud til i høj grad at ligge hos den enkelte virksomhed.

Kapitel 5: Langvarige sygemeldinger fordelt på køn, uddannelse og social status

I denne undersøgelse er der en klar overvægt af kvinder, ældre og lavtuddannede der er langvarigt sygemeldte. Dette stemmer overens med andre undersøgelser, der er baseret på tal indsamlet fra hele landet¹². Dette kapitel vil forsøge at forklare denne betydning af køn og social status for længden af sygemeldingerne samt hvilken diagnose sygemeldingerne baseres på.

5.1 Forskelle i sygemeldinger i forhold til køn, uddannelse og social status

Når man ser på den klare overvægt af kvinder i denne undersøgelse, kunne man nemt få opfattelsen af, at samfundet bruger væsentligt flere ressourcer på at behandle kvinder end mænd. Dette er dog ikke tilfældet, idet der ikke er den store forskel på de ressourcer, som sygehusvæsenet totalt anvender til behandling af kvinder og mænd¹³. Der bruges faktisk generelt flere penge på behandlingen af mænd end kvinder i næsten alle aldersgrupper. Mænd lider af 'dyrere' sygdomme end kvinder, fx hjertesygdomme, og mænds sygdomme er ofte mere fremskredne end kvinders, når behandlingen påbegyndes. Når der totalt set bruges lidt flere penge på kvinder, skyldes det, at der er flere kvinder i de ældste og dyreste aldersgrupper.

Hvis man korrigerer for graviditeter og fødsel er der således ikke stor forskel i antallet af kvinder og mænd, der indlægges eller i udgifterne til behandling af dem i sundhedsvæsenet. Der er dog stor forskel på hvorledes mænd og kvinder *reagerer* på deres sygdom.

Mænd reagerer senere på symptomer end kvinder og de henvender sig oftere på skadestuen, hvorimod kvinder primært kontakter deres egen læge, de sætter også hyppigere navn på sygdommen. Mænd føler sig generelt mindre stressede end kvinder og føler sig ikke så plagede af sygdom og gener i hverdagen. Forskning tyder ligeledes på, at kvinder bliver mere påvirket end mænd af dårligt psykisk arbejdsmiljø.

Der er også stor forskel på de typer af sygdom, der rammer hhv. kvinder og mænd. Mænd rammes eksempelvis oftere af hjertesygdomme og kvinder oftere af kræftsygdomme i kønsorganerne. Der er

¹² Se bl.a. undersøgelsen *Kønsmæssige forskelle i sygdom og sundhed*, udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, marts 2004.

¹³ Forudsat at indlæggelserne ifm. graviditet og fødsel ikke medregnes (*Hun er syg, han er sund – tror de*, 2004, Side 9).

også stor forskel på den type af *psykiske* sygdomme, som mænd og kvinder rammes af. Mænd bliver hyppigere indlagt på psykiatriske afdelinger, som følge af psykiske lidelser udløst af misbrug, mens kvinder hyppigst bliver indlagt for depressioner, mani-depressive psykoser og nervøse lidelser. Denne forskel i diagnoser kan delvist forklares ved, at flere mænd end kvinder misbruger narkotika og andre rusmidler og at kvinder oftere er udsat for dobbeltarbejde, stress og nedslidning, der alle er risikofaktorer i forhold til at udløse depressive lidelser.

Kvindernes gener er i nogen grad betinget af deres køn, fx mavesmerter ved menstruation og hormontelt betinget hovedpine. Kvinder har også i højere grad end mænd været belastet af monotont, stille-siddende arbejde, som giver øget risiko for led og muskellidelser. Men kønsforskelle i sygdomme skal netop ikke kun forklares ud fra kønsspecifikke faktorer, en stor del af forskellene kan forklares ved forskelle i arbejdsforhold. Kvinder har generelt lavere uddannelse end mænd, de har mindre indflydelse på deres arbejdssituation og mere monotont arbejde. De har også mere dobbeltarbejde, fordi de både har lønarbejde og større ansvar for familien¹⁴. Flere kvinder end mænd synes derfor at opleve højere følelsesmæssige krav og konflikter.

Forklaringen på den markante overvægt af sygemeldte kvinder i denne undersøgelse skal derfor måske ikke så meget forklares ud fra køn, men måske snarere forklares ud fra hvilke arbejdsforhold de sygemeldte har. Pressede arbejdsforhold er især et problem indenfor pleje- og undervisningsområderne, og netop disse områder beskæftiger mange kvinder. Forskning viser da også, at hvis kvinder og mænd har samme arbejdsforhold og social status, er der kun en lille forskel i de to køns opfattelse af eget helbred.

De lavtlønnede og dem uden kompetencegivende uddannelse har størst risiko for at få behov for en førtidspension, og lønmodtagere med dårligt helbred og forholdsvis begrænsede uddannelsesmæssige ressourcer har en forholdsvis stor sandsynlighed for at blive langvarigt sygemeldte. Samtidig viser undersøgelser, at lønmodtagere med en langvarig og tæt tilknytning til arbejdsmarkedet ofte bliver langvarigt sygemeldt. En langvarig og tæt tilknytning til arbejdsmarkedet tyder jo ellers umiddelbart

¹⁴ Dette gælder dog ikke i så høj grad for de yngre generationer (Hun er syg, han er sund – tror de, 2004, Side 6).

på store ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet, men den tætte tilknytning til arbejdsmarkedet kan medføre en nedslidning, der øger sandsynligheden for at blive sygemeldt¹⁵.

Forskning viser da også, at jo højere uddannelse og stilling (social status) medarbejdere har, desto lavere fravær har de. Dette kan delvis forklares ved, at høj uddannelse og høj stilling ofte betyder ikke-fysisk belastende arbejde og derfor muligvis hurtigere tilbagevenden til arbejde samt muligvis bedre mulighed for at tage specielle hensyn i forhold til løsning af arbejdsopgaver.

5.2 Opsamling

Forklaringen på, at der i denne undersøgelse er en klar overvægt af kvinder, der bliver sygemeldte, skal ikke kun findes i kønsspecifikke faktorer, men snarere i forskelle i arbejdsforhold. Lav uddannelse, monotont arbejde og manglende indflydelse på egen arbejdssituation er alle faktorer, der øger risikoen for langvarigt sygefravær og er samtidig faktorer, der karakteriserer kvinders vilkår på arbejdsmarkedet. Målet må derfor være, at kvinder og mænd skal have samme arbejdsforhold og social status, så vil forskellene i kønnes sygemeldinger også udviskes.

¹⁵ Se undersøgelsen Langvarigt sygefravær, SFI 03:20.

Kapitel 6: Varighed i sagerne

I dette kapitel ses på varigheden for alle passive sager over 52 uger i kalenderåret 2003. Ved at gennemgå alle sagerne i 2003 sættes sagerne med de psykisk syge borgere i perspektiv, og det bliver muligt at lede efter sammenhænge og forskelle mellem sagerne med psykisk diagnose og alle de andre diagnosegrupper. Der ses i dette kapitel på hvor borgerne går hen, når de stoppes herfra – er det fx akasse understøttelse, arbejde, kontanthjælp eller pension der er ophørsårsag? Samt på hvordan sagerne fordeler sig på diagnoser¹⁶. Slutteligt ses på om diagnosen har betydning for ophørsårsag, samt på om alder og køn har betydning i forhold til varighed.

6.1 Varighed – alle sager over 52 uger

Udtræk fra sygedagpengeprofilen Essentia registrerer 153 afsluttede sager på over 52 uger fra år 2003. De fordeler sig på ni forskellige kategorier taget fra dagpengeprofilen Essentia:

Afsluttede sager på over 52 uger fordelt på kategorier

Almene og kortvarige sygdomme	Hjerte-, lunge-, og karsygdomme	Knæ- og øvrige bevægelseshæmmende lidelser	Kræftsygdomme og lignende	Lidelser i led og muskler	Psykiske lidelser	Ryg og nakkelidelser	Ulykkestilfælde, mv.	Uoplyst/ikke registreret
10 sager	6 sager	23 sager	13 sager	15 sager	43 sager	24 sager	6 sager	13 sager

Hvis antal sager opgøres procentvist, ser fordelingen ud som følger:

¹⁶ Diagnoserne: Almene og kortvarige sygdomme, Hjerte-, lunge- og karsygdomme, Knæ- og øvrige bevægelseshæmmende sygdomme, kræftsygdomme og lignende, Lidelser i led og muskler, Psykiske lidelser, Ryg og nakkelidelser, Ulykkestilfælde samt Uoplyst/Ikke registreret.

Afsluttede sager på over 52 uger fordelt på kategorier – angivet i procent¹⁷

Almene og kortvarige sygdomme	Hjerte-, lunge-, og karsygdomme	Knæ- og øvrige bevægelseshæmmende lidelser	Kræftsygdomme og lignende	Lidelser i led og muskler	Psykiske lidelser	Ryg og nakkelidelser	Ulykkestilfælde, mv.	Uoplyst/ikke registreret
6,5 %	4 %	15 %	8,5 %	10 %	28 %	15,5 %	4 %	8,5 %

Som det ses af skemaet er der en klar overvægt af sager med psykiske lidelser samt til dels ryg og nakkelidelser, og knæ- og øvrige bevægelseshæmmende lidelser. Der er til gengæld ikke så mange ulykkestilfælde eller hjerte-, lunge- og øvrige karsygdomme.

Som det fremgår af nedenstående skema, er der stor forskel på, hvor langvarig sygemeldingen er alt efter i hvilken kategori borgeren er sygemeldt:

Afsluttede sager på over 52 uger fordelt på kategorier og gennemsnitlig varighed i hele uger

Almene og kortvarige sygdomme	Hjerte-, lunge-, og karsygdomme	Knæ- og øvrige bevægelseshæmmende lidelser	Kræftsygdomme og lignende	Lidelser i led og muskler	Psykiske lidelser	Ryg og nakkelidelser	Ulykkestilfælde, mv.	Uoplyst/ikke registreret
95 uger	81 uger	80 uger	71 uger	75 uger	82 uger	84 uger	84 uger	79 uger

¹⁷ Der er tale om cirka angivelser i procent.

Den gennemsnitlige varighed for alle sager over 52 uger er på 81 uger. Varigheden går fra 71 uger (kræftsygdomme) til 95 uger (almene og kortvarige sygdomme), og varigheden er fra 53 uger og op til 186 uger med et gennemsnit på 57 til 130 uger.

6.2 Ophørsårsag for alle sager over 52 uger

Når borgerne afsluttes herfra, får 40,5 % i gennemsnit bevilget pension, 17 % modtager kontanthjælp, 12 % kommer i arbejde, 7 % får bevilget fleksjob, 5 % får A-kasse, 4 % får revalideringsydelse, 0,5 % får Statens Uddannelsesstøtte, 3 % er flyttet, 2 % er døde og for 9 % fremgår det ikke, hvad de er kommet ud til, når de er blevet afsluttet herfra.

Gennemsnitlig ophørsårsag for afsluttede sager på over 52 uger - angivet i procent¹⁸

Pension	Kontant-hjælp	Arbejde	Fleksjob	A-kasse	Revalide-ring	Flytning	Død	S.U.
40,5%	17%	12%	7%	5%	4%	3%	2%	0,5%

Der er, som det fremgår af ovenstående, en stor andel borgere, der får bevilget pension, hvilket gør det nødvendigt at have fokus på om sygedagpengeperioden *inden* pension bevilges kan forkortes (dette gælder også for fleksjob og revalidering). Der er i Høje-Taastrup Kommune tilført ekstra normeringer til området, hvilket netop kan sikre en tidligere indsats og hurtigere afklaring og dermed forkorte varigheden i de ofte meget lange sagsforløb. Det skal her ligeledes bemærkes, at andet end borgerens diagnose kan spille ind på om de fx modtager kontanthjælp eller a-kasse understøttelse. Borgeren er muligvis ikke medlem af en a-kasse eller har endnu ikke optjent retten til at modtage a-kasse understøttelse. Det kan også være, at borgerens ægtefælle tjener for meget til at borgeren kan modtage kontanthjælp. Der er med andre ord andet end netop diagnosen, der kan have indflydelse på, hvad borgeren bliver afsluttet til, og det er derfor vigtigt ikke at sætte lighedstegn mellem borgere der eksempelvis modtager kontanthjælp og en bestemt diagnose.

¹⁸ For 9 % fremgår det ikke, hvad de er kommet ud til, når de er blevet afsluttet herfra.

Af skemaet fremgår det som nævnt, at en stor del af borgerne får bevilget pension. Denne bevilges primært til borgere med hjerte-, lunge- og karsygdomme samt lidelser i led og muskler, og ikke til borgere med knælidelser.

Kontanthjælp gives til borgere med psykiske lidelser og ikke til ulykkestilfælde, kræftsygdomme, hjerte-, lunge- og karsygdomme, samt til dels heller ikke til borgere med knælidelser.

De borgere der kommer i arbejde har knælidelser samt almene og kortvarige sygdomme. De borgere der ikke kommer i arbejde lider af hjerte-, lunge- og karsygdomme, lidelser i led og muskler samt ryg og nakkelidelser.

Fleksjob bevilges til borgere der har været ude for et ulykkestilfælde, til borgere med kræftsygdomme og til dels til borgere med knælidelser samt ryg og nakkelidelser. De borgere der ikke får bevilget fleksjob lider af hjerte-, lunge- og karsygdomme, lidelser i led og muskler samt psykiske lidelser.

De borgere der modtager a-kasse understøttelse lider af ryg- og nakkelidelser. De borgere der ikke modtager a-kasse understøttelse lider af almene og kortvarige sygdomme, hjerte-, lunge- og karsygdomme, lidelser i led og muskler, ulykkestilfælde samt borgere, hvor deres lidelser ikke er registreret.

De borgere der modtager revalideringsydelse er borgere der har været ude for et ulykkestilfælde samt til dels gruppen, hvor deres lidelser ikke er registreret. De borgere der ikke modtager revalideringsydelse lider af almene og kortvarige sygdomme, hjerte-, lunge- og karsygdomme, kræftsygdomme samt lidelser i led og muskler.

Hvis opdelingen foretages ud fra sygdomskategori ser det ud som følger:

Almene og kortvarige sygdomme (fx influenza)¹⁹:

¹⁹ Almene og kortvarige sygdomme (fx influenza):

40 % har fået bevilget pension, 20 % modtager kontanthjælp, 20 % er kommet i arbejde og 10 % har fået bevilget fleksjob. For 10 % fremgår det ikke, hvad de er kommet ud til, da de er blevet afsluttet herfra.

For de almene og kortvarige sygdomme gælder det, at størstedelen har fået bevilget pension, en del modtager kontanthjælp eller er kommet i arbejde og et fåtal har fået bevilget fleksjob. I forhold til gennemsnittet er der i denne gruppe en lille overvægt af borgere der modtager kontanthjælp, er kommet i arbejde eller har fået bevilget fleksjob. Der er til gengæld ingen der modtager a-kasse understøttelse eller revalideringsydelse. Det skal her bemærkes, at denne gruppe har den længste gennemsnitlige varighed på 95 uger, altså 14 uger mere end gennemsnittet på 81 uger.

Hjerte-, lunge- og karsygdomme²⁰:

For borgere med hjerte-, lunge- og karsygdomme gælder det, at de alle har fået bevilget pension.

Knælidelser og øvrige bevægelseshæmmede sygdomme²¹:

For borgere med knælidelser og øvrige bevægelseshæmmende sygdomme gælder det, at markant flere end gennemsnittet er kommet i arbejde, flere end gennemsnittet har fået bevilget fleksjob, mens færre end gennemsnittet får bevilget pension, og lidt færre end gennemsnittet modtager kontanthjælp. Borgere i denne gruppe modtager a-kasse understøttelse og revalideringsydelse svarende til gennemsnittet.

Kræftsygdomme og lignende²²:

For borgere med kræftsygdomme og lignende gælder det, at flere end gennemsnittet har fået bevilget fleksjob og lidt flere end gennemsnittet modtager a-kasse understøttelse. Til gengæld modtager ingen revalideringsydelser eller kontanthjælp. Det skal bemærkes, at denne gruppe har den korteste gennemsnitlige varighed på 71 uger, altså 10 uger mindre end gennemsnittet og 24 uger mindre, end gruppen med den længste varighed (Almene og kortvarige sygdomme).

²⁰ Hjerte-, lunge- og karsygdomme: 83 % har fået bevilget pension, 17 % er flyttet.

²¹ Knælidelser og øvrige bevægelseshæmmende sygdomme: 26 % har fået bevilget pension, 13 % modtager kontanthjælp, 22 % er kommet i arbejde, 13 % har fået bevilget fleksjob, 4,5 % modtager a-kasse og 4,5 % modtager revalideringsydelse. For 17 % fremgår det ikke, hvad de er kommet ud til, da de er blevet afsluttet herfra

²² 38 % har fået bevilget pension, 15 % er kommet i arbejde, 15 % har fået bevilget fleksjob, 8 % modtager a-kasse. 15 % er døde og for 8 % fremgår det ikke, hvad de er kommet ud til, da de er blevet afsluttet herfra.

Lidelser i led og muskler (fx gigtsygdomme)²³:

For borgere med lidelser i led og muskler gælder det, at markant flere end gennemsnittet har fået bevilget pension og lidt flere end gennemsnittet modtager kontanthjælp. Der er til gengæld ingen borgere i denne gruppe, der modtager a-kasse eller revalideringsydelse og der er ingen der har fået bevilget fleksjob eller er kommet i arbejde.

Psykiske lidelser²⁴:

For borgere med psykiske lidelser gælder det, at flere end gennemsnittet modtager kontanthjælp og at lidt flere end gennemsnittet modtager a-kasse understøttelse eller er kommet i arbejde (og hvad der svarer til gennemsnittet modtager revalideringsydelse). Til gengæld har ingen borgere i denne gruppe fået bevilget fleksjob og lidt færre end gennemsnittet har fået bevilget pension.

Ryg- og nakkelidelser²⁵:

For borgere med ryg- og nakkelidelser gælder det, at markant flere end gennemsnittet modtager a-kasse understøttelse og flere end gennemsnittet har fået bevilget fleksjob eller pension, eller modtager kontanthjælp. Færre end gennemsnittet er kommet i arbejde og hvad der svarer til gennemsnittet modtager revalideringsydelse.

Ulykkestilfælde, mv.²⁶:

Borgere der har været ude for et ulykkestilfælde modtager markant oftere end gennemsnittet revalideringsydelse eller får bevilget fleksjob. Lidt flere end gennemsnittet kommer i arbejde, men til gengæld får færre end gennemsnittet bevilget pension og ingen modtager kontanthjælp eller a-kasse understøttelse. Det skal her bemærkes, at der meget vel kan være flere ulykkestilfælde, der er registreret

²³ 67 % har fået bevilget pension og 20 % modtager kontanthjælp. For 13 % fremgår det ikke, hvad de er kommet ud til, da de er blevet afsluttet herfra

²⁴ 35 % har fået bevilget pension, 26 % modtager kontanthjælp, 14 % er kommet i arbejde, 7 % modtager a-kasse, 5 % modtager revalideringsydelse og 2 % modtager SU. 2 % er flyttet og for 9 % fremgår det ikke, hvad de er kommet ud til, da de er blevet afsluttet herfra.

²⁵ 46 % har fået bevilget pension, 21 % modtager kontanthjælp, 4 % er kommet i arbejde, 12,5 % har fået bevilget fleksjob, 12,5 % modtager a-kasse og 4 % modtager revalideringsydelse.

²⁶ 33 % har fået bevilget pension, 17 % er kommet i arbejde, 17 % har fået bevilget fleksjob og 17 % modtager revalideringsydelse. 17 % er flyttet.

under en anden diagnose. Dette fordi det i hver enkelt sag vurderes om det er ulykken, eller den diagnose ulykken resulterer i, der er den væsentligste at registrere sagen i forhold til den videre opfølgning.

Uoplyst/Ikke registreret²⁷:

For denne gruppe gælder det, at lidt flere end gennemsnittet modtager revalideringsydelse, lidt færre end gennemsnittet kommer i arbejde, modtager kontanthjælp eller får bevilget pension. Ingen i denne gruppe modtager a-kasse understøttelse.

6.3 Betydningen af alder og køn

Forskning viser, at jo ældre vi bliver, jo længere sygdomsforløb får vi²⁸. Nogle sygdomme vil i højere grad ramme ældre, mens andre sygdomme ikke er 'aldersdiskriminerende'. Nedenstående tabel viser den gennemsnitlige alder for sagerne på over 52 uger:

Gennemsnitlig alder for sager på over 52 uger fordelt på kategorier - angivet i hele år²⁹

Almene og kortvarige sygdomme	Hjerte-, lunge-, og karsygdomme	Knæ- og øvrige bevæghæmmende lidelser	Kræftsygdomme og lignende	Lidelser i led og muskler	Psykiske lidelser	Ryg og nakkelidelser	Ulykkestilfælde, mv.	Uoplyst/ikke registreret
38 år	52 år	51 år	50 år	51 år	46 år	43 år	47 år	48 år

Som det fremgår af tabellen, går den gennemsnitlige alder i de enkelte kategorier fra cirka 38 år (almene og kortvarige) til cirka 52 år (hjerte mv.) og den gennemsnitlige alder er cirka 47 år. Opgør man

²⁷ 31 % har fået bevilget pension, 15 % modtager kontanthjælp, 8 % er kommet i arbejde, 8 % har fået bevilget fleksjob og 8 % modtager revalideringsydelse. 8 % er døde, 8 % er flyttet og for 15 % fremgår det ikke, hvad de er kommet ud til, da de er blevet afsluttet herfra

²⁸ Se bl.a. undersøgelsen Projekt Intervention i Fravær og Trivsel (PIFT), udarbejdet af Arbejdsmiljøinstituttet, juni 2002.

²⁹ Der er tale om cirka angivelser af alder samt afrunding til hele tal.

tallene så de viser aldersspændingen fremgår det, at cirka 75 % af borgerne er over 40 år, cirka 20 % er 30-39 og ca. 6 % er under 30 år³⁰. Da denne undersøgelse af gode grunde ikke medtager borgere over 67 år, er det lidt vanskeligt at afgøre, hvorvidt ældre borgere har et længere sygdomsforløb. Det kan dog konstateres, at kun ca. 25 % af de syge borgere er under 30 år og at der er en forskel i den gennemsnitlige alder for de sygemeldte, alt efter hvilken kategori de er sygemeldt i.

Køn og varighed over 52 uger:

Der er gennemsnitligt omtrent lige mange kvinder og mænd, der er sygemeldt over 52 uger, dog med en lille overvægt af kvinder³¹. I følgende skema er angivet den procentvise fordeling på køn ved en varighed over 52 uger:

Varighed over 52 uger, også fordelt på køn – angivet i procent

Almene og kortvarige		Hjerte mv.		Knælidelser		Kræftsygdomme		Lidelser i led mv.		Psykiske lidelser		Ryg og nakkelidelser		Ulykkestilfælde		Uoplyst/ikke registreret	
70%	30%	33%	67%	61%	39%	69%	31%	53%	47%	56%	44%	50%	50%	50%	50%	46%	54%

I kategorien Hjerte mv. er der en markant overvægt af mænd. I kategorierne almene og kortvarige samt kræftsygdomme er der en markant overvægt af kvinder. I kategorien knælidelser er der ligeledes en overvægt af kvinder, den er dog ikke helt så markant.

Overvægten af kvinder i kategorien Kræftsygdomme mv. kan forklares ved, at kvinder i højere grad end mænd bliver ramt af kønsspecifikke kræftsygdomme i kønsorganerne³². Overvægten af mænd i

³⁰ 6 % er mellem 22 og 29 år. 19,5 % er mellem 30 og 39 år. 30,5 % er mellem 40 og 49 år. 32 % er mellem 50 og 59 år. 12 % er mellem 60 og 67 år.

³¹ Der er 56 % kvinder og 44 % mænd.

³² I 2002 blev i alt 10.204 mænd indlagt med sygdomme i de mandlige kønsorganer, mens 26.062 kvinder blev indlagt med sygdomme i de kvindelige kønsorganer. For kræftsygdomme generelt er billedet dog noget mere broget. Således

kategorien Hjerte mv. kan ligeledes forklares ud fra forskning på området, der peger på at mænd oftere lider af hjertesygdomme³³.

Der er generelt flere kvinder end mænd, der rammes af leddegigt³⁴, men sygdommen ses hyppigere hos ældre mænd end hos ældre kvinder. Dette kan måske forklare, at der i denne undersøgelse samlet set kun er lidt flere kvinder end mænd, der har lidelser i led mv., da der i denne undersøgelse er en overvægt af personer over 40 år.

6.4 Opsamling

De borgere der i 2003 var sygemeldt i over 52 uger har en gennemsnitlig alder på 47 år og cirka 75 % af borgerne er 40 år eller derover. Der er en gennemsnitlig varighed for alle de langvarige sygemeldinger på 81 uger. Den korteste gennemsnitlige varighed har kræftsygdomme (71 uger) og den længste har almene og kortvarige sygdomme (95 uger). Det er påfaldende, at kræftsygdomme har den korteste varighed og at almene sygdomme har den længste. Det kan være svært at give en forklaring på dette, men måske hænger det sammen med, at det er nemmere at diagnosticere og derfor påbegynde behandling af kræftsygdomme, eller det kan skyldes, at borgere med kræftsygdomme har den største risiko for at dø af sygdommen. Der er således hele 15 % af borgerne i denne sygdomskategori, der er døde af deres sygdom, mens de har modtaget sygedagpenge. Dette har naturligvis også betydning for den samlede varighed.

I næsten halvdelen af sagerne over 52 uger ender det med, at borgeren får bevilget pension (40,5 %), i 17 % af sagerne modtager borgerne kontanthjælp når de afsluttes herfra og i 12 % af sagerne kommer borgerne i arbejde efter endt sygemelding. Dette siger selvfølgelig noget om, at mange af de borgere der er langvarigt syge, virkeligt er syge i en sådan grad, at de ikke magter andet end at blive pensioneret. Tallene viser dog også områder, hvor der måske er et potentiale i forhold til at få borgerne i fleksjob eller i gang med en revalidering. Det skal dog i denne forbindelse pointeres, at det er afgø-

rammes mænd fx hyppigere af spiserørskræft, hvilket formodentlig skyldes et højere forbrug af stærk spiritus (Hun er syg, han er sund – tror de, side 28 og 38).

³³ Se bl.a. Hun er syg, han er sund – tror de, side 36.

³⁴ De autoimmune sygdomme, se bl.a. Hun er syg, han er sund – tror de, side 40.

rende, at hver enkelt sag vurderes specifikt i forhold til den borger det drejer sig om, og ikke kun i forhold til, om der er et potentiale i forhold til den diagnosegruppe borgeren tilhører.

Ser vi på fleksjobs bevilges de ikke til borgere der lider af hjerte-, lunge- og karsygdomme, borgere der har lidelser i led og muskler eller til borgere der har været ude for et ulykkestilfælde. De borgere der ikke kommer i gang med en revalidering lider primært af almene og kortvarige sygdomme, hjerte- lunge- og karsygdomme, kræftsygdomme samt lidelser i led og muskler.

Når sygdomskategori sammenstilles med det borgeren bliver raskmeldt til, kan det opsummerende siges, at gruppen af almene og kortvarige sygdomme har den længste varighed, størstedelen af disse borgere har fået bevilget pension og ingen af dem modtager a-kasse understøttelse eller revalideringsydelse. Borgere med hjerte-, lunge- og karsygdomme har alle fået bevilget pension. Borgere med knælidelser og øvrige bevægelseshæmmende sygdomme får ofte pension og kommer ofte i arbejde. Kræftsygdomme har den korteste varighed og borgeren får her ofte pension, får oftere end gennemsnittet bevilget fleksjob, men til gengæld ikke revalideringsydelse eller kontanthjælp. Borgere med lidelser i led og muskler får oftest bevilget pension, men til gengæld ikke a-kasse understøttelse, revalideringsydelse, fleksjob eller kommer i arbejde. Borgere med psykiske lidelser modtager oftere end gennemsnittet kontanthjælp, men får ikke bevilget fleksjob. Borgere med ryg- og nakkelidelse modtager markant oftere end gennemsnittet a-kasse understøttelse, men kommer til gengæld sjældnere end gennemsnittet i arbejde. Borgere der har været ude for et ulykkestilfælde modtager markant oftere end gennemsnittet revalideringsydelse eller får bevilget fleksjob, til gengæld modtager ingen kontanthjælp eller a-kasse understøttelse.

Hvad årsagen kan være til, at borgere i visse sygdomskategorier har større sandsynlighed for eksempelvis at få bevilget pension eller at komme i arbejde, kan være svært at spå om. Det hænger selvfølgelig hovedsageligt sammen med arten af sygdommen, om den eksempelvis er pensionskrævende, eller om der skal finde en omskoling sted. Men det kan naturligvis også hænge sammen med arbejdspladsens indstilling til den sygdomsramte borger samt muligvis også hvilken tradition eller kultur der hersker i administrationen – altså hvordan vi plejer at gøre i sådan en sag og hvad vores erfaring siger os er muligt.

Kapitel 7: Lovændringer med betydning for praksis vedrørende sygedagpengesager

Lovændringerne er fremlagt i regeringens handlingsplan: Det gør vi ved sygefraværet, offentliggjort den 16. december 2003.

Lovændringerne tager udgangspunkt i princippet 'Noget for noget', eller sagt med andre ord: De kommuner der gør en indsats for at nedbringe sygefraværet, vil blive belønnet. Samtidig med denne gulerod er der dog også en pisk, der bl.a. går ud på, at statens refusion af kommunernes sygedagpengeudgifter påtænkes at blive nedsat til 35 % efter et halvt års sygemelding.

Regeringen mener, at et incitament for kommunerne til nedbringelse af sygefraværet, er udsigten til at spare udgifter på sygedagpenge. Instrumenterne der tænkes at tages i brug til opfyldelse af dette er bl.a.:

Et tættere samspil med virksomheder og læger.

En hurtigere opfølgning.

Lavere refusionssatser.

Den kommunale sygedagpengeforvaltning bruger op mod 40 % af tiden på at administrere blanketter og foretage udbetalinger. Og der er fejl i ca. 50 % af den 1 mio. anmeldelser om sygefravær, som kommunerne årligt modtager. Derfor foreslår regeringen, at indberetninger og anmodninger om refusion skal digitaliseres fuldt ud, og systemet skal derfor udbygges. Høje-Taastrup Kommune er allerede langt fremme med digitaliseringen, men så længe der ikke er en gangbar digital signatur, vurderes der ikke at være ressourcer at spare.

I handlingsplanen fremlægges 23 konkrete initiativer, der skal nedbringe sygefraværet. Af disse har fem punkter direkte betydning for praksis vedrørende sygedagpengesager:

Der skal være mere fokus på risikosager og arbejdsfastholdelse.

Statens refusion af kommunernes sygedagpengeudgifter nedsættes fra 50 % til 35 % efter et halvt års sygemelding – Lovændring med ikrafttrædelse pr. 1. januar 2005.

Der udvikles bedre lægeerklæringer, der forholder sig til, hvad den sygemeldte kan og ikke kun til, hvad den sygemeldte ikke kan. Dette skal give mulighed for at vende gradvist tilbage til arbejdspladsen – lovændring med ikrafttrædelse pr. 1. januar 2005.

Kommunen skal sikre bedre dialog mellem kommunen og: - virksomhed, - praktiserende læge og evt. speciallæge – lovændring med ikrafttrædelse pr. 1. januar 2005.

Kommunen skal inddrage andre aktører fx arbejdsmiljørådgivere, arbejdsmedicinske klinikker, private konsulenter, faglige organisationer og A-kassen – lovændring med ikrafttrædelse pr. 1. januar 2005.

Det fremhæves i handlingsplanen, at kommunerne skal gøre brug af nye operationelle lægeerklæringer med oplysning om den sygemeldtes arbejdsevne og øget brug af delvise syge-/raskmeldinger, og at der bliver en ny praksis for visitation og opfølgning i kommunerne, så fokus er på de sager, hvor der er en risiko for, at den sygemeldte mister kontakten til arbejdsmarkedet. Kommunerne skal tillige kunne dokumentere, at de har fulgt op på sagerne, som de skal. Der skal være nye samarbejdsmodeller og bedre dialog mellem læger, myndigheder og virksomheder, så 'bureaukratiske' ventetider nedbringes til et minimum. Og nye aktører såsom arbejdsmiljørådgivere, arbejdsmedicinske klinikker og uddannelsesinstitutioner skal inddrages i indsatsen. I juli 2004 blev ligeledes vedtaget Lov om ændring af lov om arbejdsmiljø (L 221), hvor det i § 22 A fastslås, at der skal være regler om arbejdsgiverens pligt til, at lade sygefravær indgå i virksomhedens arbejde for sikkerhed og sundhed med henblik på, at nedbringe sygefraværet i virksomheden.

Høje-Taastrup Kommune har fremlagt handlingsplan og kommentarer hertil for Socialudvalget ved tidligere lejligheder, og kommunen er allerede langt fremme i forhold til 'Det gør vi ved sygefraværet'.

Kapitel 8: Tiltag der kan hjælpe den psykisk syge borger tilbage på arbejdsmarkedet

8.1 Nuværende tiltag

Der er i Høje-Taastrup Kommune en række forskellige tilbud til psykisk syge borgere. Projekterne til denne målgruppe kan opdeles i to typer; dels projekter der specifikt retter sig til denne målgruppe, dels projekter der kan rumme den 'lettere' del af målgruppen, hvor der ofte også er tale om andre lidelser.

Af projekter, der retter sig specifikt til målgruppen psykisk syge borgere kan nævnes Stolpegården, Avantijob og REBUS under Erhvervscenter Espelunden (ECE). Sidstnævnte er målrettet arbejdsprøvning af psykisk syge borgere. Derudover er der mulighed for konsultation hos en speciallæge i psykiatri samt psykologhjælp og andre former for etableret behandling (psykologhjælp kan eventuelt søges som enkeltudgift via Socialudvalget).

De projekter, der også kan rumme 'lettere' psykisk syge i et begrænset omfang er AOF-lejrekredsen, Erhvervscenter Espelunden, AOF-Htk – I gang igen og Center for Sundhed og Livsstil (CLS). Kommunale projekter som produktionen/montagen i EC samt Mira. Der er samarbejde med private og offentlige arbejdsgivere, hvor formålet kan være eksempelvis omplacering til en ny afdeling, eller til en ny arbejdsplads. Således er kommunale afprøvningspladser etableret, hvor også psykisk syge i et vist omfang kan afprøves, ligesom der er samarbejde med eksterne parter om målgruppen – jf. Socialudvalgets handlingsplan.

Der er således en lang række forskellige afklaringsmuligheder for borgere med diagnosen psykisk syg, men det kan være vanskeligt, at sige noget generelt om effekten af de nuværende tiltag, da der ikke findes tilgængelige tal om effekten af disse. Høje-Taastrup Kommune holder dog løbende opsyn med, om de tilbud, der er til rådighed, lever op til forventningerne, både med hensyn til indhold og ventetider m.m. Et eksempel på dette er, at der i en periode i 2003 har været meget lange ventetider på arbejdsprøvning i Erhvervscenter Espelundens afdeling REBUS. Dette har været medvirkende årsag til, at situationen for borgere med diagnosen psykisk syg ikke har kunnet afklares hurtigt. Høje-

Taastrup Kommune har på baggrund af dette taget kontakt til Erhvervscenter Espelundens afdeling REBUS, med henblik på afvikling af ventelisterne. ECE arbejder løbende på at forbedre deres service og har efterfølgende oprettet REBUS Syd i Brøndby med 15 pladser. Indsatsen har betydet, at der pr. februar 2004 p.t. ingen ventelister er til arbejdsprøvning. Henover foråret var der igen ventelister, som dog er afviklet hen mod sommerperioden, hvor der altid kan påregnes lidt ekstra ventetid på grund ferieafholdelse. De eksisterende tilbud vurderes således løbende i forhold til om de passer til målgruppen og i forhold til om de lever op til forventningerne.

8.2 Forslag til eventuelle fremtidige tiltag

Forskning på området peger på, at en ændring af kommunens organisation af sygedagpengesagsindsatsen vil være gavnlige for at få de psykisk syge borgere ud på arbejdsmarkedet og dermed nedbringe varigheden af sygemeldingerne. Der lægges op til, at kommunerne hurtigt skal spotte tunge sager, og at de hurtigt skal lave en opfølgningssamtale og dermed få gavn af den tidlige effekt. Den tidlige effekt gør, at der opnås tidlig afklaring af, hvornår den sygemeldte kan vende tilbage i arbejde – denne sikkerhed kan måske gøre, at arbejdsgiveren ikke fyrer medarbejderen. Der er ligeledes en motivations- skræmme- effekt i den tidlige opfølgning, der får nogle sygemeldte til at genoptage arbejdet hurtigt, hvorved fyring undgås (det øger således chancen for at blive fastholdt hos arbejdsgiver). Dette er utvivlsomt korrekt, men det hænger bare dårligt sammen med virkeligheden i en kommune. Det kan for det første være meget vanskeligt at spotte en tung sag, når det drejer sig om psykisk syge borgere. Dette ikke mindst fordi diagnosen kan ændre sig over tid. En sag der umiddelbart synes at starte med stress, kan over tid blive til en sag, hvor borgeren lider af personlighedsforstyrrelser, da det kan være en langvarig proces at stille en diagnose. Det kan med andre ord være vanskeligt at få stillet en korrekt diagnose og ikke mindst at få den stillet hurtigt. Dermed er det også vanskeligt at afgøre, om den enkelte sag kræver særlig opmærksomhed fra starten. Det er derfor også vanskeligt at lave en hurtig opfølgningssamtale og dermed få gavn af den tidlige effekt. I sager hvor borgeren er sygemeldt på grund af psykiske problemer, er der ofte mange aktører involverede i sagen: borgeren, sagsbehandleren, den praktiserende læge samt eventuelt en psykolog, en speciallæge i psykiatri eller eventuelt personale på psykiatrisk afdeling. Behovet for samarbejde mellem alle disse aktører er ligeledes en medvirkende årsag til, at denne type sager ofte trækker i langdrag. Der er dog i Høje-Taastrup Kommune opnormeret på sygedagpengeområdet og der er ansattes yderligere en virksomhedsrettet medarbejder

i det tidlige efterår 2004. Dette betyder at indsatsen kan iværksættes tidligere i de sager, der anses for at være tunge, eller erfaringen viser kan blive tunge. Med disse tiltag går det derfor den rigtige vej.

En international forskningsoversigt viser, ifølge Arbejdsmiljøinstituttet, at støttet beskæftigelse på almindelige arbejdspladser er mere effektiv end jobtræning på beskyttede værksteder. Efter 12 mdr. havde 34 % fastholdt beskæftigelse på almindelige arbejdspladser, sammenlignet med 12 % af de personer, der havde været i jobtræning på beskyttede værksteder³⁵. Virksomhedsrevalidering skønnes således at have større effekt i forhold til at få foden inden for på en arbejdsplads, og skønnes at være mere aktiv i forhold til at være orienteret mod arbejde end fx uddannelse, opkvalificering eller anden aktiveringsindsats. Det anses således som vigtigt at involvere virksomheder, således at der i revalideringen indgår et kortere eller længere forløb på en almindelig arbejdsplads. Dette er vigtigt at tage med i overvejelserne, når eventuelle fremtidige tiltag skal etableres. Det er dog afgørende at tage hensyn til, hvor 'tung' en diagnose borgeren har, inden det overvejes om jobtræning på en almindelig arbejdsplads kan komme på tale. Erfaringen viser, at der altid vil være behov for andre afprøvningsmuligheder, da nogle borgere kan være vanskelige at 'sælge' til afprøvning på en almindelig arbejdsplads.

Forskning peger på, at problemerne generelt ligger i fastholdelse og ikke i integration. Danske virksomheder har relativt få udgifter ved afskedigelse af medarbejdere (i forhold til fx i Holland). Måske derfor er virksomhederne ikke så tilbøjelige til at fastholde en sygemeldt medarbejder, medmindre medarbejderen varetager en nøglefunktion i virksomheden. Fordelen ved dette system er dog, at svage grupper har lettere ved at få foden indenfor på arbejdsmarkedet, da der jo for virksomheden ikke er så store omkostninger forbundet med en eventuel sygemelding eller afskedigelse.

Der peges ligeledes på, at de langvarigt syge, der har en psykisk diagnose, har markant mindre sandsynlighed for at blive fastholdt hos nuværende arbejdsgiver, men til gengæld lettere ved at komme i arbejde hos en ny arbejdsgiver sammenlignet med andre diagnosegrupper, eksempelvis personer der er syge i bevægeapparatet. En mulig forklaring på, at borgere med en psykisk sygdom har svært ved at fastholde arbejde hos nuværende arbejdsgiver kan være, at både arbejdsgiver og kolleger har svært

³⁵ Undersøgelsen Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv omfatter både personer med en psykisk diagnose og personer med en anden diagnose. Derfor kan resultaterne ikke *direkte* overføres til denne undersøgelse.

ved at forholde sig til medarbejderen med en psykisk sygdom. Dels er psykisk sygdom sværere at se tegn på fysisk, sammenlignet med fx en nedslidt ryg, og dels er det stadig meget tabubelagt at have en psykisk sygdom og derfor sværere at være åben omkring det, end fx det at være blevet fysisk nedslidt på arbejdspladsen. En anden forklaring kunne være, at den psykiske sygdom hænger sammen med *netop* denne arbejdsplads. Det kunne være på grund af dårligt psykisk arbejdsmiljø i form af mobning, eller det kunne være på grund af stress, der kan være en udløsende faktor for psykisk sygdom. Hvad forklaringen end er, er det et faktum, at langvarigt syge med en psykisk sygdom ikke i særlig høj grad bliver fastholdt hos den nuværende arbejdsgiver. Der er med andre ord her et potentiale for nedbringelse af sygefraværet for psykisk syge borgere. Det er derfor afgørende, at de psykisk syge borgere bliver oplyst om mulighederne for, at blive fastholdt hos nuværende arbejdsgiver. Høje-Taastrup Kommune har udarbejdet en pjece til sygemeldte borgere, hvor de oplyses om muligheder, rettigheder og pligter i forbindelse med deres sygemelding. I denne pjece oplyses eksempelvis om muligheden for at søge økonomisk støtte til behandling, at blive omskølet eller eksempelvis søge fleksjob samt om muligheden for at være delvist raskmeldt. Det er afgørende, at disse informationer når ud til borgeren, der så kan tage den brede vifte af muligheder med i overvejelserne, når han eller hun skal fastholdes eller reintegreres på arbejdsmarkedet.

Der peges ligeledes på, at kommunen skal have en mere udfarende rolle i forhold til virksomhederne. Der lægges op til, at samarbejdet med lokale virksomheder skal etableres eller udbygges, og at der skal foregå information og vidensudveksling med lokale virksomheder.

Partnerskabsaftaler med lokale virksomheder er en sådan mulighed for at øge det forpligtende samarbejde mellem kommunen og virksomhederne. Problemet med partnerskabsaftalerne er dog, at de godt kan være lidt træge og bureaukratiske. Derfor egner de sig bedst til store virksomheder, og da størstedelen af virksomhederne i Danmark er små og mellemstore, er det kun et fåtal af virksomhederne, man kan nå ad denne vej. Der er dog også mulighed for at etablere et mere uformelt samarbejde, der stadig er forpligtende for begge parter. Det er dog vigtigt, at virksomhederne og kommunen oplever et sådant samarbejde som et godt tilbud, som *de* også kan profitere af, og ikke som en overvågning og utidig snagen i virksomhedens affærer fra kommunens side.

Information og vidensudveksling mellem kommunen og de lokale virksomheder kan foregå på mange måder. En måde, hvorpå vidensudvekslingen allerede foregår, er den af Koordinationsudvalget udarbejdede pjece, der fortæller arbejdsgiverne om muligheder for, at fastholde og rekruttere medarbejdere. Denne pjece er en samlet oversigt over muligheder for fastholdelse og integration af medarbejdere, der giver overblik samt mulighed for direkte kontakt til de medarbejdere i Høje-Taastrup Kommune, der kan vejlede virksomhederne. Specifikt indeholder pjecen information om fastholdelse med løntilskud, om hjælpemidler og personlig mentor, om aftalebaseret skånejob, om fleksjob, om delvise syge-/raskmeldinger og om kroniske lidelser (§ 28-aftale). Pjecen indeholder også informationer om, hvordan nye medarbejdere rekrutteres vha. løntilskud, virksomhedspraktik, fleksjob, hjælpemidler og personlig mentor samt vejledning og opkvalificering. Der er også oplysninger om ansættelse af medarbejdere med anden etnisk baggrund samt ansættelse af førtidspensionister. Pjecen udleveres til virksomhederne af kommunens virksomhedskonsulenter, således kan eventuelle spørgsmål afklares med det samme og virksomhedskonsulenterne kan i den forbindelse gøre en indsats for at 'sælge' ideerne til virksomheden. Sådanne tiltag må formodes, at blive opfattet som en service fra kommunens side og ikke som en utidig snagen i virksomhedens affærer.

Det er hovedsageligt ude på arbejdspladsen, at der skal gøres en forebyggende indsats for at beholde medarbejdere, der er psykisk skrøbelige. Kommunalt kan der støttes op om denne indsats, ved at tilbyde rådgivning med hensyn til omplacering på arbejdspladsen, modifikation af belastende arbejdsopgaver, viden om hvordan man holder sig i gang osv.

Kapitel 9: Opsamling og konklusion

Der er stor forskel på, hvor let det er at fastholde eller reintegrere psykisk syge borgere på arbejdsmarkedet, alt efter deres diagnose. For gruppen af borgere der lider af let depression, er det ved en tidlig indsats forholdsvis let både at fastholde og reintegrere dem på arbejdsmarkedet. Dette skyldes, at de ofte er syge i en kort periode samt at deres diagnose kan betegnes som let. Borgere der lider af moderat til svær depression er forholdsvis vanskelige at fastholde på arbejdspladsen, da deres sygdom ofte er meget langvarig. De er også forholdsvis vanskelige at reintegrere på arbejdsmarkedet, da de ofte ikke er opkvalificerede på grund af deres langvarige sygefravær og fordi de ofte har en manglende tro på egne evner, der gør det meget vanskeligt at komme videre. Borgere der har været udsat for dårligt psykisk arbejdsmiljø er forholdsvis lette at reintegrere på arbejdsmarkedet, forudsat at indsatsen sker tidligt. De er til gengæld meget vanskelige at fastholde på deres gamle arbejdsplads, da problemerne ofte er opstået her. Borgere der lider af en social fobi er efter endt behandling forholdsvis lette at reintegrere på arbejdsmarkedet. Men borgere med denne diagnose vil ofte have et meget langvarigt sygdomsforløb og vil derfor muligvis ikke være opkvalificerede i forhold til arbejdsmarkedet. Borgere der lider af skizofreni, mani-depressivitet eller psykoser er meget vanskelige at fastholde eller reintegrere på arbejdsmarkedet, da deres psykiske sygdom er meget hæmmende for at kunne fungere socialt med andre mennesker. Borgere der har diagnosen angst er ligeledes meget vanskelige at fastholde eller reintegrere på arbejdsmarkedet, da deres lidelse i høj grad er invaliderende i forhold til at kunne fungere socialt. Hvis denne gruppe borgere skal reintegreres på arbejdsmarkedet, må det ske under særlige hensyn til arbejdspladsens placering i forhold til hjemmet samt til kravet om socialt samvær med kolleger.

Når der er en blanding af psykisk sygdom og misbrugsproblemer eller fysisk sygdom, vil sygemeldingen i mange tilfælde blive forlænget væsentligt. Det kan være vanskeligt at ændre på dette, da helbredelse i høj grad kompliceres, når der er en blanding af lidelser.

Borgere der har været udsat for dårligt psykisk arbejdsmiljø er typisk enten blevet udsat for vold, trusler og et råt arbejdsmiljø, eller de er blevet udsat for mobning og chikane fra kolleger, ledere og/eller eksterne samarbejdspartnere. De borgere der har været udsat for vold og trusler, er i mange tilfælde blevet invalideret bredt i forhold til arbejdsmarkedet. Tiltag i forhold til denne gruppe borgere må derfor gå i retning af at forebygge dårligt og råt psykisk arbejdsmiljø, samt at være opmærksom

på, at en tidlig indsats ser ud til at være måden, hvorpå denne gruppe borgere kan forblive på arbejdsmarkedet.

De borgere, der har været udsat for mobning og chikane, er typisk ikke invalideret *bredt* i forhold til arbejdsmarkedet, men 'kun' i forhold til netop den gamle arbejdsplads, hvor overgrebene har fundet sted. Disse borgere må derfor opfordres til hurtigt at søge beskæftigelse på en ny arbejdsplads. For denne gruppe borgere er en hurtig indsats ligeledes essentiel, da de ellers kan blive så psykisk påvirkede af deres oplevelser, at de invalideres bredt i forhold til arbejdsmarkedet.

Når det handler om dårligt psykisk arbejdsmiljø generelt, er det således afgørende, at der sker en tidlig indgriben i forhold til at sikre, at borgeren ikke får varige mén af oplevelserne. Det er med andre ord vigtigt, at der, hos den arbejdsplads der 'leverer' borgeren til sygedagpengesystemet, eksisterer en velvilje til, at komme problemerne med dårligt psykisk arbejdsmiljø til livs. I nyere lovgivning (jf. bl.a. L 221, § 22 A) fastslås, at virksomhederne har pligt til at lade sygefravær indgå i virksomhedens arbejde for sikkerhed og sundhed med henblik på at nedbringe sygefraværet. Lovgivningen er dog endnu ikke nået så vidt, at der er sanktionsmuligheder over for de arbejdspladser, der gentagne gange 'leverer' borgere, der har været udsat for dårligt psykisk arbejdsmiljø, til sygedagpengesystemet. Det er derfor vigtigt, at appellere til velviljen og ansvaret hos arbejdsgiverne. En del af ansvaret for det sunde psykiske arbejdsmiljø ligger dog også hos de borgere, der oplever dårligt psykisk arbejdsmiljø. De skal *selv* være i stand til, at gøre opmærksom på, at der eksisterer et problem. Ellers vil det være meget vanskeligt for arbejdsgiverne at skride til handling, før medarbejderen har sygemeldt sig eller har sagt op og det derfor muligvis er for sent, at gøre noget ved det konkrete problem. Der skal derfor hos arbejdsgiverne eksistere en lydhørhed over for medarbejdernes eventuelle ankepunkter, således at medarbejderne oplever en virksomhedskultur præget af åbenhed.

I denne undersøgelse er der en klar overvægt af kvinder, der er sygemeldt. Forklaringen på dette skal findes i forskelle i arbejdsforhold kvinder og mænd imellem. Kvinder har generelt lavere uddannelse end mænd, de har mere monotont arbejde end mænd og de har generelt lavere indflydelse på egen arbejdssituation end mænd. Disse faktorer øger risikoen for langvarigt sygefravær og det er derfor disse faktorer, der generelt skal dæmmes op for på arbejdsmarkedet.

For alle borgere i Høje-Taastrup Kommune, der i 2003 var langvarigt sygemeldt i over 52 uger gælder det, at cirka 75 % af dem var 40 år eller derover og at den gennemsnitlige længde af sygemeldingerne var 81 uger. I 40,5 % af sagerne har borgerne fået bevilget pension, i 17 % af sagerne modtager borgerne kontanthjælp, når de afsluttes herfra og i 12 % af sagerne har de fået arbejde. Disse tal dækker selvfølgelig over, at en stor del af de langvarigt sygemeldte borgere er så syge, at de har behov for pension. Tallene viser dog også, at der muligvis er et uudnyttet potentiale i forhold til at få borgerne i fleksjob eller i gang med en revalidering.

Eventuelle fremtidige tiltag, der kan være med til at fastholde eller reintegrere de psykisk syge borgere på arbejdsmarkedet, kunne eksempelvis bestå i et tættere samarbejde med de lokale virksomheder. Et sådant samarbejde skal være uformelt, men samtidig forpligtende. Kommunens rolle skal hovedsageligt være støttende og informerende i forhold til de lokale virksomheder og borgeren. Det er vigtigt, at virksomhederne ikke oplever, at kommunen blander sig utidigt i deres affærer, men at de samtidig bliver opmærksomme på, at det er deres ansvar, at sikre et sundt og sikkert arbejdsmiljø (jf. Arbejdsmiljølovens §1) og at de derfor har et vigtigt medansvar i forhold til deres medarbejders trivsel.

I praksis kunne informationsudvekslingen mellem kommunen, virksomhederne og borgerne foregå ved hjælp af informerende pjecer og ved hjælp af personlig kontakt.

En øget indsats for 'det rummelige arbejdsmarked' vil sandsynligvis kunne betyde en generel stigning i sygefraværet, da der så også skal være plads til de mere 'svage' medarbejdere. Dette skal man have for øje i en vurdering af indsatsen med at nedbringe sygefraværet.

9.1 Konklusion

Det kan konkluderes, at den gruppe af borgere, der er langvarigt sygemeldt på grund af en psykisk sygdom, er en meget blandet og kompleks størrelse, og at der derfor ikke kan siges noget entydigt i forhold til tiltag, der kan hjælpe borgeren med at blive fastholdt eller reintegreret på arbejdsmarkedet. Det er derfor nødvendigt at tage hensyn til den type af diagnose borgeren har, når der fastlægges en strategi for videre tiltag i forhold til borgeren.

Det anbefales dog, at samarbejdet med de lokale virksomheder udbygges, således at de psykisk syge borgere i højere grad kan blive fastholdt på deres nuværende arbejdsplads. Kommunen kan udbygge samarbejdet med virksomheder og borgere ved i højere grad at informere om rettigheder og pligter, og om de muligheder der er, for at fastholde sygemeldte medarbejdere.

Kapitel 10: Metode

Placeringen af borgeren i en kategori afhænger som hovedregel af den foreliggende diagnose fra borgerens praktiserende læge eller fra den tilknyttede speciallæge i psykiatri. Undtagelsen fra denne regel optræder, når borgerens sygemelding er af så kort varighed, at en lægeattest endnu ikke er blevet indhentet. I disse tilfælde vil borgerens egen angivelse af sygdomsforløbet ligge til grund for placeringen.

I visse tilfælde vil der i diagnosticeringen være tale om flere psykiske sygdomme og borgeren vil således blive placeret i den kategori, hvor den psykiske sygdom skønnes at veje tungest.

Depression opdeles diagnostisk i lette, moderate og svære depressioner. Diagnosen baseres på baggrund af, hvor mange symptomer, der optræder aktuelt hos den individuelle patient. I herværende kategorisering er depression inddelt i enten lette eller moderat- til svære depressioner. Argumentationen for at placere moderate og svære depressioner i den samme kategori er, at disse diagnoser begge er 'tunge' og derfor begge adskiller sig fra lette depressioner, idet de generelt er tilbagevendende og af en længere varighed end lette depressioner. Hvis der i sagerne ikke henvises specifikt til enten let, moderat eller svær depression, kan det for en udenforstående være svært at afgøre, i hvilket omfang en depression lægefagligt kan kategoriseres som hhv. let, moderat eller svær. Derfor er placeringen i kategorierne let og moderat- til svær depression i disse tilfælde baseret på graden af varighed, samt i hvilket omfang depressionen skønnes at være af tilbagevendende karakter. Dette afgøres i den enkelte sag efter gennemlæsning af lægeattest fra egen læge og/eller fra speciallæge i psykiatri.

Borgere der er syge af dårligt psykisk arbejdsmiljø er kategoriseret under denne overskrift, hvis det direkte er fremgået ved opslag i sagen, at sygdommen hænger sammen med psykisk arbejdsmiljø. I tilfælde med mobning og chikane fra kolleger og ledere er det dog ofte stort set kun den sygemeldtes subjektive udsagn, der angiver at noget sådant har fundet sted. Det kan derfor være svært at afgøre, hvorvidt (og i hvilken grad) mobning og chikane reelt har fundet sted, da der også kan være tale om, at borgeren har en nærtagende eller meget følsom personlighedsstruktur, der gør at borgeren opfatter andres handlinger på en bestemt negativ måde. Dette er ikke det samme som at sige, at borgerens subjektive oplevelse af mobning og chikane ikke skal tages for pålydende, det skal blot fremhæves, at det netop er én side af historien og derfor måske ikke helt dækkende i forhold til, hvorledes hændelserne

opfattes af de andre involverede parter. Der kan ligeledes være et element af hævn i forhold til den tidligere arbejdsplads, hvis borgeren er blevet fyret og derfor kan borgeren måske fremstille den tidligere arbejdsplads i et mindre flatterende lys, end arbejdspladsen måske reelt fortjener.

Der er tre sager, hvor diagnosen ikke kan placeres i nogle af de syv kategorier (AD/HD, intellektuel reduktion og blandet dissociativ tilstand). Det samlede antal sager med psykisk diagnose er således 176, men det er kun de 173 af sagerne, der er medtaget i undersøgelsens statistik.

Angivelse i procentvise tal kan være behæftet med stor usikkerhed, da de forskellige kategorier ikke er homogene hvad angår det samlede antal borgere. Da sammenligningsgrundlaget er skævt, er formålet med angivelsen i procentvise tal at give et hurtigt overblik over fordelingen af sagerne samt at danne grundlag for en diskussion af, hvorfor fordelingen forholder sig sådan. Det er altså ikke i alle kategorier, at procenttallet i alle tilfælde kan siges at være fuldstændig retvisende.

Da de sager der er inkluderet i rapporten er udvalgt som et øjebliksbillede på tilstanden i forsommeren 2004, kan undersøgelsens resultater ikke siges at være repræsentative for en generel tilstand i Høje-Taastrup Kommune. Undersøgelsens resultater kan ligeledes ikke overføres til at gælde for andre kommuner.

Hvis undersøgelsen over en længere periode havde fulgt alle sager, hvor borgeren har en psykisk diagnose, ville undersøgelsesresultaterne bedre kunne siges at være udtryk for et generelt billede af tilstanden for borgere i Høje-Taastrup Kommune, der modtager sygedagpenge på baggrund af en psykisk diagnose.

Rapporten forholder sig kun til *kommunen* som partshaver i sygedagpengesagerne og ikke til de andre parter: borgerne, virksomhederne, amterne og staten. En inddragelse af disse andre partshavere kunne give et mere retvisende og samlet billede af de værktøjer, der kan tages i brug for nedsættelse af sygefraværet.

Litteraturliste

Indledning:

Høgelund, Jan m.fl.:Langvarigt sygefravær – hvad sker der og hvordan går det? SFI 03:20 side 9

Jyllands-Posten 21/10/01

bm.dk/sygefravaer/handlingsplan_dec_2003/resume.asp

Kapitel 3:

Jyllands-Posten 11. maj 2003

Lund, Thomas m.fl.:Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv, AMI 2003. Side 24-25.

Mobning og seksuel chikane, Arbejdstilsynets vejledning D.4.2, marts 2002, side 2, 3 og 5.

Kristeligt Dagblad 6. februar 2004. Side 10.

Mobning på arbejdspladsen, AMI. Side 1.

Politiken 6. august 2003 – Eva Gemzøe Mikkelsen

Hvad er psykosocialt arbejdsmiljø, AMI

Psykosocialt arbejdsmiljø – arbejdsmiljø i tal, AMI Pjece. Side 4 og 5

Projekt Intervention i Fravær og Trivsel (PIFT). Psykisk arbejdsmiljø og fravær, arbejdspapir juni 2002. Side 3, 4 og 5.

Kapitel 4:

Arbejdsmiljø og fravær, AMI november 2002

Projekt Intervention i Fravær og Trivsel (PIFT). Psykisk arbejdsmiljø og fravær, arbejdspapir juni 2002. Side 9-12 (fig. 7 side 12).

Weatherall, James Henry:Vejen til førtidspension – en analyse af overgangen til førtidspension i befolkningen, SFI 02:9.

Høgelund, Jan m.fl.:Langvarigt sygefravær – hvad sker der og hvordan går det? SFI 03:20, side 22-23.

Hun er syg, han er sund – tror de. Pjece udarbejdet på baggrund af en rapport om kønsforskelle i sygdom og sundhed. Udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, marts 2004. Side 4-10.

Kønsforskelle i sygdom og sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, marts 2004. Side 3, 45.

DR Radioavisen den 25. august 2003.

Kapitel 6:

Regeringens handlingsplan: Det gør vi ved sygefraværet, offentliggjort den 16. december 2003

Kapitel 7:

Lund, Thomas m.fl.: Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv, AMI 2003. Side 24-25.

Høgelund, Jan m.fl.: Langvarigt sygefravær – hvad sker der og hvordan går det? SFI 03:20, side 8, 20, 26, 30, 37.

Langvarigt sygefravær – gå hjem møde SFI 04/05/04

Social Forskning, nyt fra Socialforskningsinstituttet 2004:1. Side 12.

Sekundær litteratur:

Mobning på arbejdspladsen, AMI

Analyse af det danske sygefravær, Beskæftigelsesministeriet

Mobning og seksuel chikane, Arbejdstilsynets vejledning D.4.2, marts 2002

Mobning på arbejdspladsen, FACTS, Det Europæiske Arbejdsmiljøagentur 2002

Kristeligt Dagblad s. 10, 6. februar 2004

Jyllands-Posten 11/05/03

Jyllands-Posten 21/10/01

DR P3 Nyheder 06/08/03

DR Radioavisen 07:00 og 09:00, 16/10/02

DR Radioavisen 08:00, 10/05/02

Hvad er psykosocialt arbejdsmiljø, AMI

Du fatter da heller ikke noget, Arbejdstilsynet, Pressemeddelelse 28. december 1998

Morgenavisen Jyllandsposten 06/11/03

Fyns Amts Avis 28/10/02

DR Radioavisen 16:00, 26/11/01