

Fastholdelse eller tilbagevenden til arbejde i forbindelse med almen genoptræning

Januar 2020



Social- og
Indenrigsministeriets
BENCHMARKINGENHED

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

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

Indhold

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

1 Ledelsesresumé

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

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

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

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

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

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

Mere end hver femte modtager offentlig ydelse 3 måneder efter genoptræningsstart

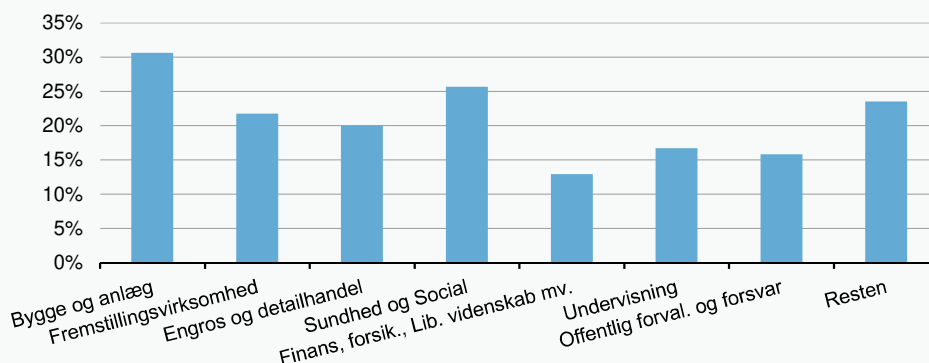
Når man ser på de borgere, der var i beskæftigelse to måneder inden den sygehuskontakt, hvor der blev udarbejdet en genoptræningsplan vedrørende en muskel-skeletlidelse, er det på landsplan 22 procent af dem, der modtager en offentlig ydelse 3 måneder efter de er startet i genoptræning. Heraf modtog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

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

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

Figur 1.1

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



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

Store forskelle på tværs af kommunerne

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

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

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

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

Tabel 1.1

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

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

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

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

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

Find inspiration i et særskilt inspirationskatalog

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

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

I inspirationskataloget er de 16 tiltag fordelt på 3 temaer:

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

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

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

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

I tabel 1.2 ses tiltagene i inspirationskataloget i overskriftsform.

Tabel 1.2

Oversigt over tiltag i inspirationskataloget

Tiltag med borgeren

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

Tiltag der styrker arbejdsgange, samarbejde og medarbejdernes kompetencer

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

Organisatoriske og styringsmæssige tiltag

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

2 Indledning

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Afgrænsning, data og metode

3.1 Afgrænsning af population

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

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

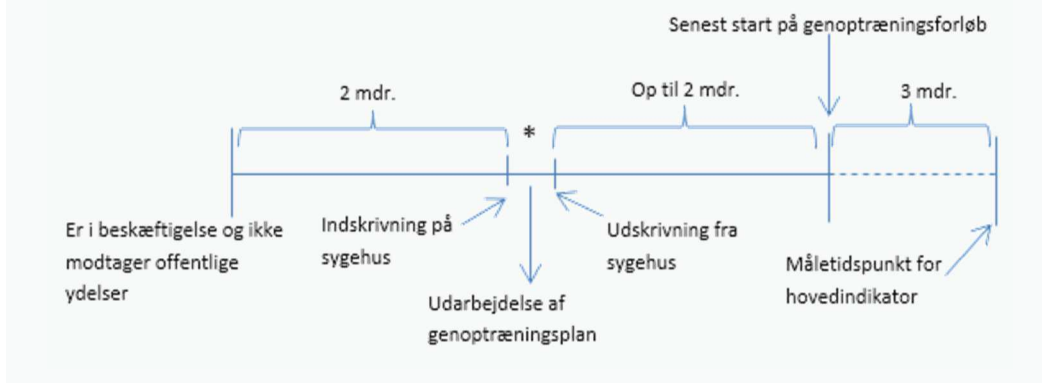
Analysepopulationen, som dækker over både 2016 og 2017, omfatter på den baggrund i alt lidt over 20.000 personer. I bilag 3 om metode kan du læse mere om den nærmere afgrænsning af populationen og forskellige hensyn i den forbindelse.

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

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

Figur 3.1

Illustration af tidsforløbet for afgrænsning af population og måling af hovedindikator



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

3.2 Hovedindikator

Fastholdelse eller tilbagevenden til arbejde (modtager ingen offentlige ydelser)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabel 3.1

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

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

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

Nedslagstidspunkt for hovedindikatoren

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

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

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

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

3.3 Genoptræningsdata

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

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

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

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

3.4 Kontrol for rammevilkår i benchmarkinganalysen

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

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

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

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

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

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

Boks 3.1

Fortolkning af benchmarkingindikatoren

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

3.5 Opmærksomhedspunkter ved benchmarking

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

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

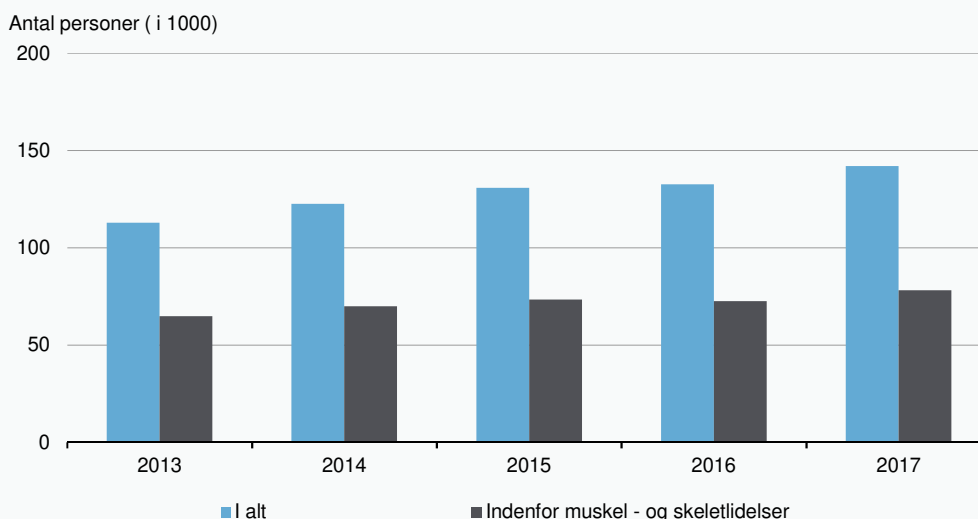
4 Resultater på landsplan

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

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

Figur 4.1

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

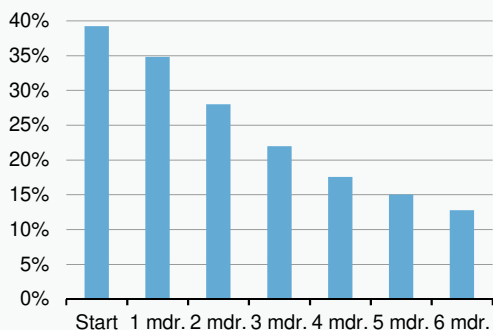
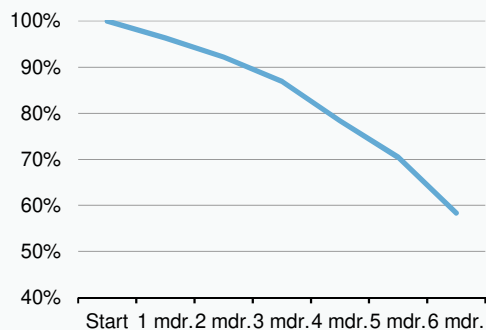


Anm.: Antallet er opgjort som antal personer, man kan derved kun fremgå én gang pr. år. Det er taget udgangspunkt i aktionsdiagnosen, i nogle tilfælde er denne erstattet af en tillægsdiagnose (se mere i metodebilag).

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

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

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

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

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

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

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

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

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

Antal uger med offentlige ydelser inden genoptræningens start

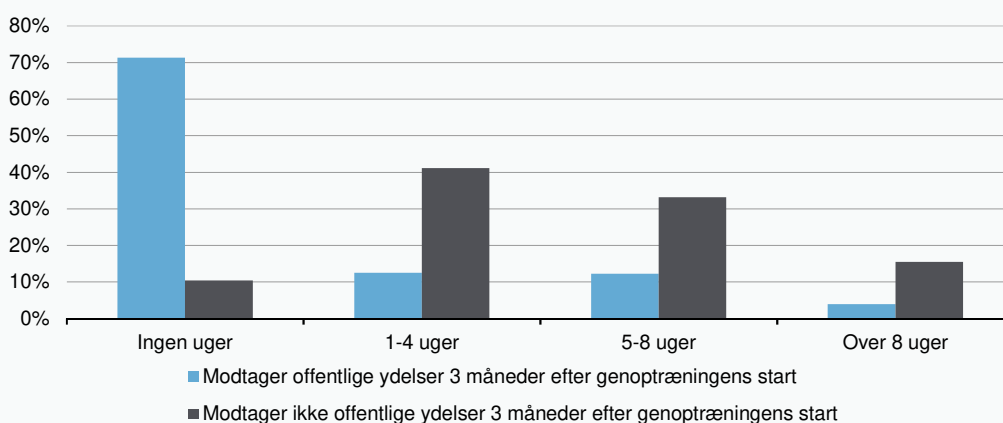
I denne analyse er fokus på personer, der var i beskæftigelse og ikke modtog offentlige ydelser 2 måneder inden sygehuskontakten, hvor der blev udarbejdet en genoptræningsplan. Det er imidlertid muligt, at man var i beskæftigelse 2 måneder inden sygehuskontakten, men bliver sygemeldt fx 1½ måned inden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

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

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

Figur 5.1

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



Anm.: De ydelser, som jf. afsnit 3.2, ikke kan anvendes til at definere om man er i arbejde, er udeladt her.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

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

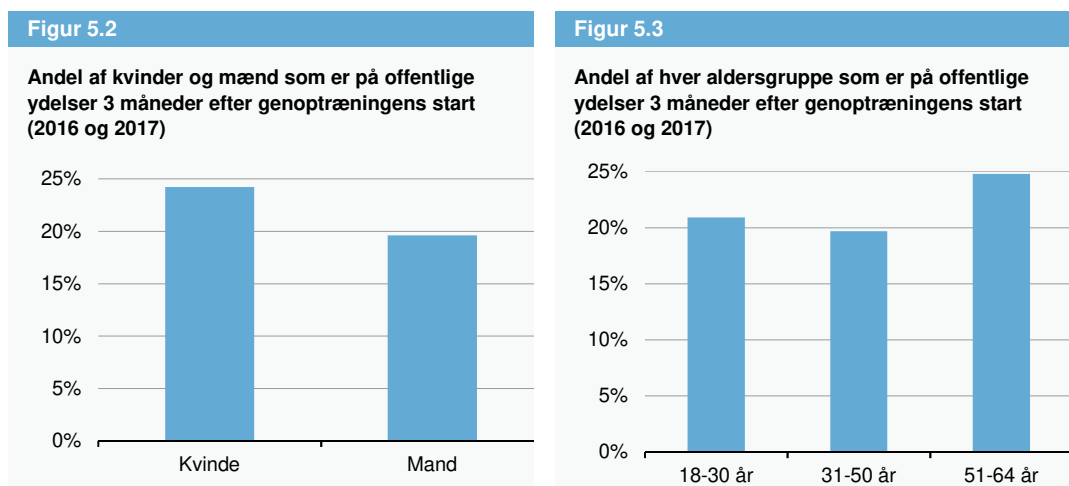
⁵ Ved sygedagpenge måles fra 1. fraværsdag

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

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

Køn og alder

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



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

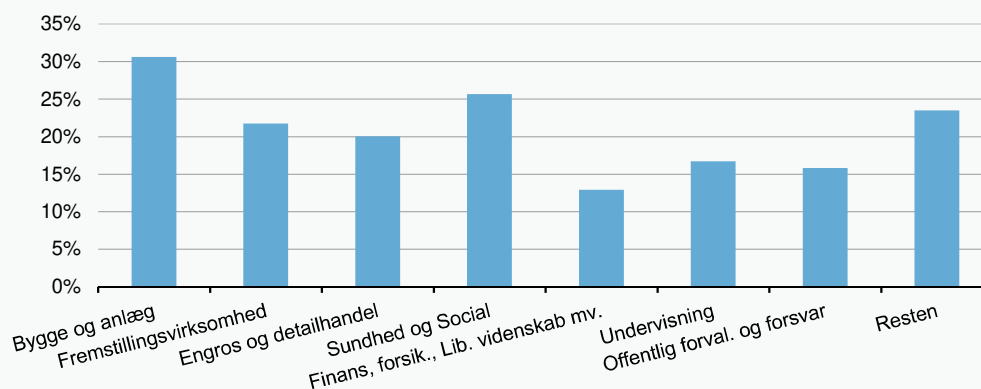
Branche

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

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

Figur 5.4

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



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

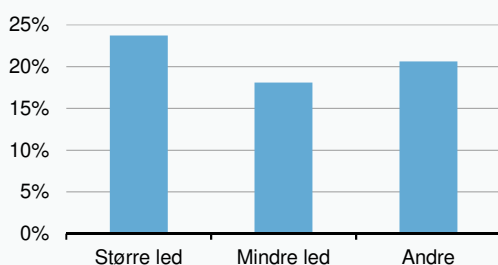
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Diagnose og operation

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

Figur 5.5

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

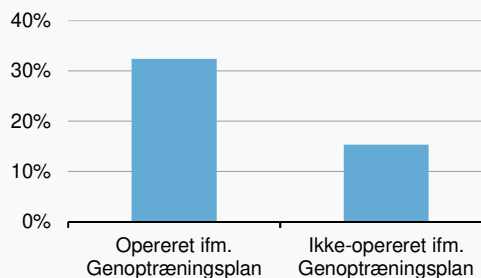


Anm.: Mindre led dækker over skulder/overarm, albue/underarm, hånd/håndled, knæ/underben, ankel/fod. Større led dækker over hofte, knæ, ryg, skulder, hoved/hals, mave/lænd/bækken, hofte/lår. Andre dækker over andre former for slidgigt, ledsygdomme, bløddelsvæv, muskler, kongler og bindevæv, læsioner,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

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 5.6

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



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

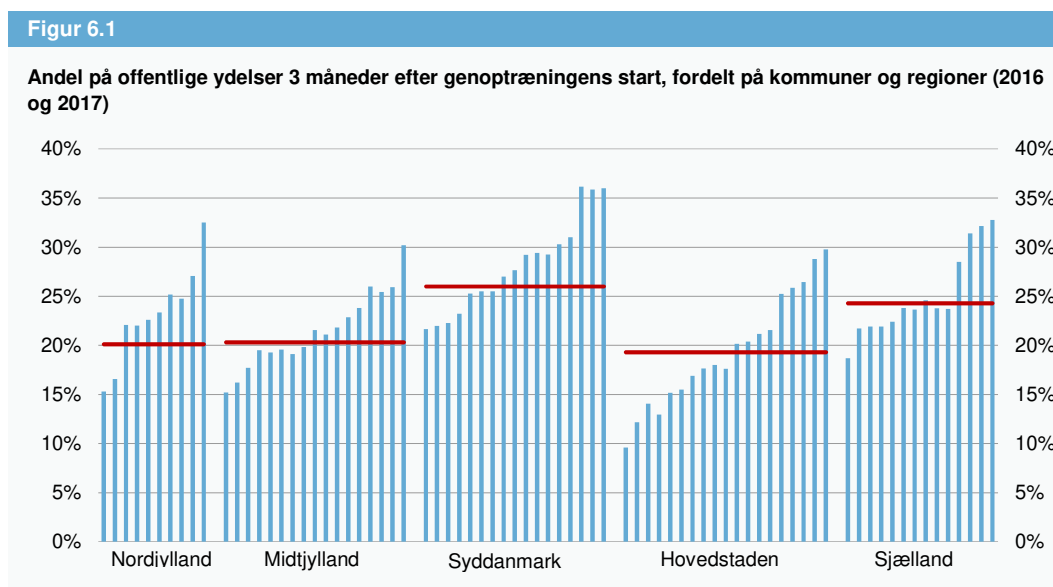
6 Forskelle mellem kommunerne

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

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

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

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



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

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

6.2 Benchmarking med kontrol for rammevilkår

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

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

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

Tabel 6.1

Rammevilkår i benchmarkinganalysen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Benchmarkingresultater

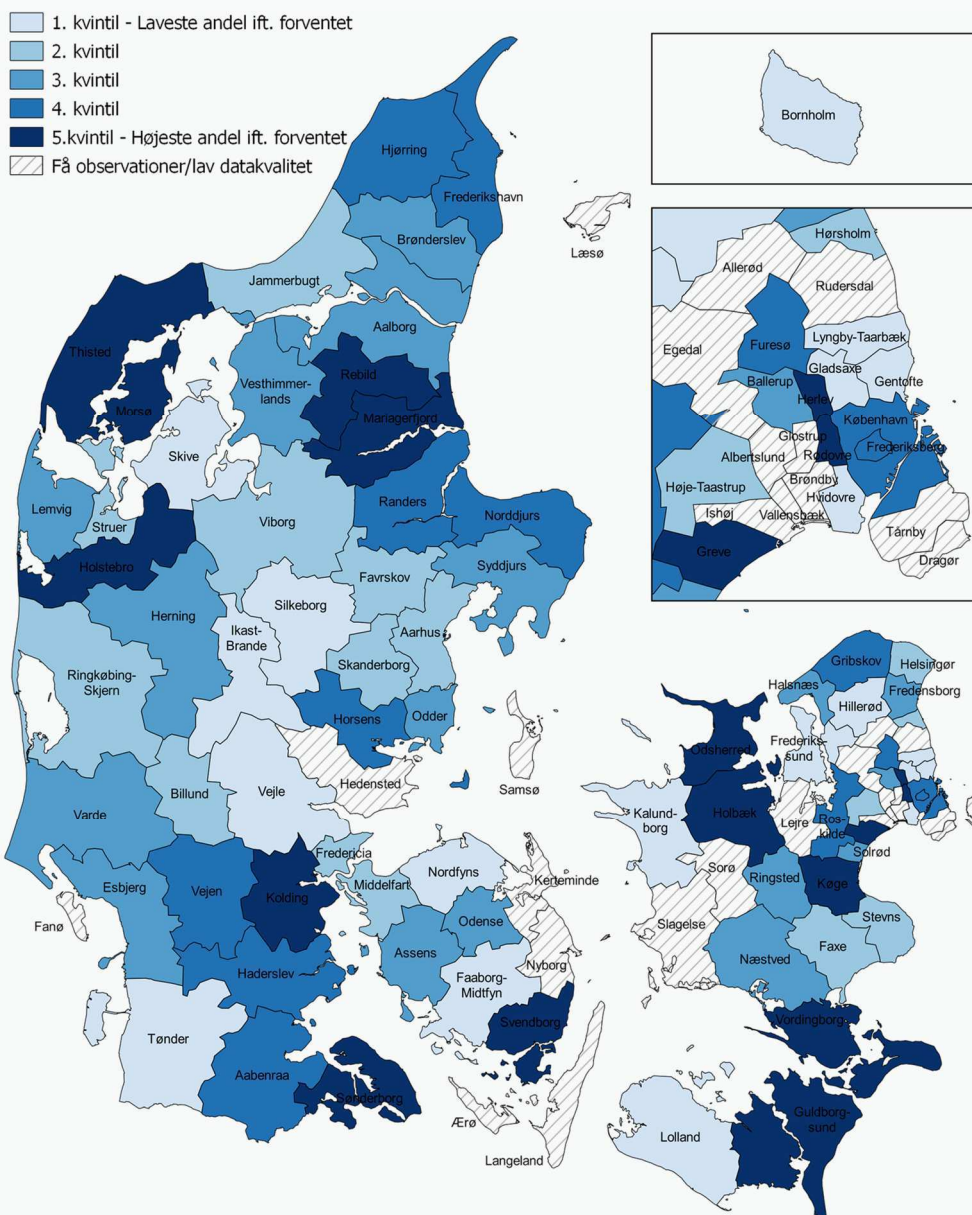
På baggrund af de inkluderede rammevilkår som er beskrevet ovenfor i tabellen er der ud fra individdata for hver kommune beregnet den forventede andel af individer, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.

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

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

Figur 6.2

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



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

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

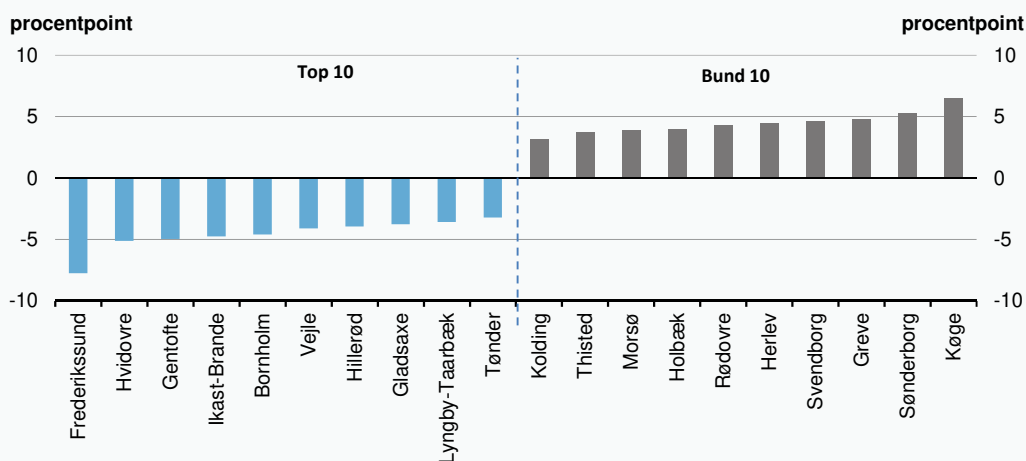
De kommuner, der indgår i 1. kvartil, har den laveste andel, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningsstart, i forhold til hvad man kunne forvente på baggrund af kommunernes rammevilkår. Mens kommunerne i 5. kvartil har den højeste andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningsstart,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

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

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

Figur 6.3

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



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

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

Andel på offentlige ydelser 6 måneder efter genoptræningens start

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

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

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

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

Sammenhæng mellem kommunernes placering og genoptræningsforløbet i kommunen

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

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

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

7 Tiltag til inspiration

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabel 7.1

Oversigt over tiltag i inspirationskataloget

Tiltag med borgeren

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

Tiltag der styrker arbejdsgange, samarbejde og medarbejdernes kompetencer

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

Organisatoriske og styringsmæssige tiltag

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

Bilag

I det efterfølgende præsenteres analysens tilhørende bilag, som der løbende er refereret til i analysen. Bilagene med figurer om hvordan den enkelte kommune, region eller sygehus placerer sig er ikke særskilt tilgængeliggjort, da der i stedet refereres til de tilgængeliggjorte bilag med tabeller på kommune-, region- eller sygehusniveau hvori alle de tal, der ligger til grund for de udeladte figurbilag, kan findes.

Bilag 2: Kommunespecifikke nøgletal

Fastholdelse eller tilbagevenden til arbejde i forbindelse med almen genoptræning



Social- og
Indenrigsministeriets
BENCHMARKINGENHED

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

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

Indhold

1 Læsevejledning.....	3
2 Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start.....	4
3 Andel på offentlige ydelser ved hhv. genoptræningens start samt 3 og 6 måneder efter	6
4 Andel på offentlige ydelser, som har været på offentlige ydelser siden genoptræningens start	8
5 Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start for forskellige individkarakteristika.....	10

1 Læsevejledning

På de følgende sider præsenteres en række tabeller med kommunespecifikke nøgletal. Generelt er hovedindikatoren i dette bilag afgrænset på samme måde som i rapporten (se kapitel 3). Det betyder blandt andet, at personer, der modtager bestemte offentlige ydelser (såsom barsel, SU og efterløn) ikke er med i analysen, da det er svært at vurdere om forløbet har været en succes på baggrund af disse ydelser.

I tabellerne i dette bilag findes nøgletallene for hver kommune, som også indgår i analysen.²¹ Kommuner indgår ikke i analysen på grund af manglende data (se mere i bilag 3). Såfremt andelen i en gruppe er baseret på 5 personer eller færre, er værdien for kommunen skjult af diskretionshensyn.

Tablet 1: Andel, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start

I tabellen er den faktiske og forventede kommunale andel, som er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start vist. Sidstnævnte er beregnet på baggrund af kommunens rammevilkår (se kapitel 6). Slutteligt vises benchmarkingindikatoren, som er beregnet på baggrund af den faktiske og forventede andel.

Tablet 2: Udviklingen i andelen der er på offentlige ydelser

I tabellen vises udviklingen i andelen, der er på offentlige ydelser. Andelen opgøres ved genoptræningens start, samt hhv. 3 og 6 måneder efter genoptræningens start.

Tablet 3: Udviklingen i andelen af personer, der er på offentlige ydelser, som har været det siden genoptræningens start

I tabellen vises udviklingen i andelen, der er på offentlige ydelser, som har været det siden genoptræningens start.

Tablet 4: Andelen, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start for specifikke individkarakteristika

I tabellen vises hvor stor en andel, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start i forhold til forskellige individkarakteristika.

Der ses på andelen af dem, som arbejder i en branche, der kan karakteriseres ved at være fysiskkrævende arbejde. Denne type brancher inkluderer: landbrug, jagt, skovbrug og fiskeri, råstofudvinding, bygge og anlæg, fremstillingsvirksomhed, el -, gas og fjernvarmeforsyning, vandforsyning og kloakvæsen samt affaldssortering, engros – og detailhandel, transport og godshåndtering, overnatningsfaciliteter og restaurationsvirksomhed, sundhedsvæsen og social foranstaltninger, administrative tjenesteydelser og hjælpetjenester.

Der ses på andelen af dem, som behandles for en diagnose i større led (eller muskler/knogler). Større led inkluderer: hofte, lår, knæ, ryg, skulder, hoved/hals, mave/lænd/bækken.

Derudover ses der på andelen, der er på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start i forhold til køn og alder.

2 Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start

Tabel 1

Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start, samt benchmarkingindikatoren (2016 og 2017)

Kommune	Faktisk andel	Forventet andel	Benchmarkingindikator (pct. point)
Assens	29,2	28,9	0,3
Ballerup	21,2	21,2	-0,1
Billund	25,5	26,8	-1,3
Bornholm	29,8	34,4	-4,6
Brønderslev	24,7	24,2	0,6
Esbjerg	21,7	21,8	-0,2
Favrskov	19,6	21,4	-1,8
Faxe	21,9	23,4	-1,5
Fredensborg	17,6	17,4	0,2
Fredericia	22,3	24,6	-2,3
Frederiksberg	18,0	16,0	2,0
Frederikshavn	25,2	23,1	2,1
Frederikssund	12,9	20,7	-7,8
Furesø	15,5	14,5	1,0
Faaborg-Midtfyn	29,2	31,5	-2,3
Gentofte	9,6	14,5	-5,0
Gladsaxe	16,9	20,6	-3,8
Greve	24,6	19,8	4,8
Gribskov	26,4	24,7	1,7
Guldborgsund	32,8	30,2	2,5
Haderslev	30,3	28,4	1,9
Halsnæs	25,2	25,2	0,0
Helsingør	17,6	19,2	-1,6
Herlev	25,8	21,4	4,4
Herning	22,9	22,2	0,6
Hillerød	14,1	18,0	-4,0
Hjørring	22,6	21,4	1,2
Holbæk	23,6	19,7	3,9
Holstebro	21,1	18,2	2,9
Horsens	25,9	23,9	2,0
Hvidovre	20,1	25,3	-5,1
Høje-Taastrup	21,6	23,6	-2,1
Hørsholm	15,2	16,6	-1,5
Ikast-Brande	17,7	22,5	-4,8
Jammerbugt	16,6	17,9	-1,3
Kalundborg	22,4	24,7	-2,3
Kolding	25,5	22,3	3,2

Kommune	Faktisk andel	Forventet andel	Benchmarkingindikator (pct. point)
København	20,4	18,7	1,7
Køge	28,5	22,0	6,4
Lemvig	19,8	19,7	0,1
Lolland	23,7	26,7	-3,0
Lyngby-Taarbæk	12,1	15,7	-3,6
Mariagerfjord	23,4	21,0	2,4
Middelfart	25,3	26,1	-0,8
Morsø	27,1	23,2	3,8
Norddjurs	30,2	28,3	1,9
Nordfyns	36,0	39,0	-3,0
Næstved	21,7	21,1	0,6
Odder	21,8	21,6	0,2
Odense	27,6	27,7	-0,1
Odsherred	31,4	28,6	2,8
Randers	25,4	24,4	1,1
Rebild	22,0	18,9	3,1
Ringkøbing-Skjern	21,5	23,5	-2,0
Ringsted	21,9	21,3	0,6
Roskilde	18,7	17,3	1,4
Rødovre	28,8	24,5	4,3
Silkeborg	15,2	17,8	-2,7
Skanderborg	16,2	17,9	-1,7
Skive	19,1	21,6	-2,5
Solrød	23,8	23,2	0,6
Stevns	23,8	24,8	-1,0
Struer	23,8	24,4	-0,6
Svendborg	35,8	31,3	4,6
Syddjurs	26,0	26,0	0,0
Sønderborg	36,1	30,9	5,2
Thisted	32,5	28,8	3,7
Tønder	29,4	32,6	-3,2
Varde	22,0	22,0	-0,1
Vejen	27,0	24,9	2,1
Vejle	23,2	27,3	-4,1
Vesthimmerlands	22,1	21,5	0,5
Viborg	19,5	19,9	-0,4
Vordingborg	32,1	29,1	3,0
Aabenraa	31,0	29,5	1,5
Aalborg	15,3	15,2	0,1
Aarhus	19,3	19,5	-0,3
Landsgennemsnittet	21,9	-	-

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

3 Andel på offentlige ydelser ved hhv. genoptræningens start samt 3 og 6 måneder efter

Tabel 2

Andel på offentlige ydelser ved hhv. genoptræningens start samt 3 og 6 måneder efter starten (2016 og 2017)

Kommune	Start genoptræning	3 måneder efter	6 måneder efter
Assens	46,6	29,2	18,9
Ballerup	36,1	21,2	13,3
Billund	45,8	25,5	12,8
Bornholm	62,1	29,8	11,5
Brønderslev	45,4	24,7	15,5
Esbjerg	37,6	21,7	14,6
Favrskov	40,5	19,6	9,9
Faxe	40,7	21,9	13,0
Fredensborg	29,4	17,6	9,0
Fredericia	42,2	22,3	17,8
Frederiksberg	29,8	18,0	9,5
Frederikshavn	35,8	25,2	14,8
Frederikssund	39,8	12,9	9,8
Furesø	27,8	15,5	9,2
Faaborg-Midtfyn	57,2	29,2	12,7
Gentofte	26,9	9,6	6,2
Gladsaxe	36,4	16,9	8,1
Greve	37,9	24,6	13,2
Gribskov	46,6	26,4	9,6
Guldborgsund	53,0	32,8	13,1
Haderslev	47,1	30,3	18,7
Halsnæs	46,0	25,2	16,4
Helsingør	34,2	17,6	7,8
Herlev	37,2	25,8	14,7
Herning	33,9	22,9	15,0
Hillerød	33,5	14,1	8,8
Hjørring	37,3	22,6	17,6
Holbæk	38,5	23,6	11,9
Holstebro	30,3	21,1	12,1
Horsens	49,9	25,9	13,4
Hvidovre	43,8	20,1	13,4
Høje-Taastrup	40,5	21,6	13,9
Hørsholm	28,7	15,2	10,2
Ikast-Brande	32,7	17,7	12,7
Jammerbugt	27,3	16,6	13,0
Kalundborg	42,7	22,4	12,3

Kommune	Start genoptræning	3 måneder efter	6 måneder efter
Kolding	41,4	25,5	13,5
København	34,5	20,4	12,1
Køge	41,5	28,5	15,6
Lemvig	32,7	19,8	14,7
Lolland	42,7	23,7	14,9
Lyngby-Taarbæk	27,2	12,1	4,3
Mariagerfjord	34,3	23,4	12,0
Midtelfart	48,7	25,3	15,3
Morsø	38,4	27,1	21,2
Norddjurs	51,4	30,2	12,6
Nordfyns	60,5	36,0	26,0
Næstved	37,1	21,7	14,0
Odder	35,6	21,8	12,1
Odense	49,8	27,6	16,4
Odsherred	52,6	31,4	10,6
Randers	46,9	25,4	14,1
Rebild	30,5	22,0	11,4
Ringkøbing-Skjern	37,9	21,5	13,9
Ringsted	35,6	21,9	10,7
Roskilde	34,5	18,7	8,9
Rødovre	42,3	28,8	15,3
Silkeborg	35,0	15,2	10,1
Skanderborg	36,1	16,2	9,5
Skive	33,3	19,1	16,6
Solrød	41,1	23,8	13,5
Stevns	45,9	23,8	5,9
Struer	34,3	23,8	9,5
Svendborg	54,6	35,8	20,6
Syddjurs	48,0	26,0	13,8
Sønderborg	57,8	36,1	19,5
Thisted	42,7	32,5	20,3
Tønder	57,9	29,4	23,7
Varde	34,1	22,0	11,6
Vejen	41,7	27,0	14,3
Vejle	53,8	23,2	10,2
Vesthimmerlands	32,7	22,1	11,4
Viborg	31,2	19,5	15,2
Vordingborg	51,1	32,1	9,6
Aabenraa	50,4	31,0	18,1
Aalborg	27,7	15,3	11,5
Landsgennemsnit	39,2	21,9	12,7

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

4 Andel på offentlige ydelser, som har været på offentlige ydelser siden genoptræningens start

Tabel 3

Andel på offentlige ydelser, som har været på offentlige ydelser siden genoptræningens start (2016 og 2017)

Kommune	Start genoptræning	1 mdr.	2 mdr.	3 mdr.	4 mdr.	5 mdr.	6 mdr.
Assens	100,0	98,2	97,8	92,1	84,4	79,3	70,8
Ballerup	100,0	95,2	92,6	85,0	72,7	71,0	68,0
Billund	100,0	98,4	95,8	76,3	83,3	73,9	57,9
Bornholm	100,0	100,0	100,0	100,0	92,3	83,3	71,4
Brønderslev	100,0	97,4	92,6	79,2	59,1	50,0	46,7
Esbjerg	100,0	96,7	92,7	85,9	80,0	75,5	60,6
Favrskov	100,0	98,1	94,1	90,3	77,6	64,9	54,8
Faxe	100,0	96,7	92,5	86,8	81,8	65,7	51,6
Fredensborg	100,0	86,3	82,2	82,4	83,3	77,8	52,9
Fredericia	100,0	97,1	94,7	88,5	73,6	63,8	47,9
Frederiksberg	100,0	93,7	86,5	83,7	73,0	63,3	65,2
Frederikshavn	100,0	96,7	89,5	85,4	79,4	80,8	66,7
Frederikssund	100,0	89,7	81,3	81,8	66,7	-	-
Furesø	100,0	95,0	93,8	87,5	73,7	55,6	42,9
Faaborg-Midtfyn	100,0	94,4	93,7	90,0	76,9	64,7	41,2
Gentofte	100,0	97,5	96,0	87,5	58,3	45,5	50,0
Gladsaxe	100,0	95,9	90,7	86,8	76,7	61,5	44,4
Greve	100,0	97,7	93,1	80,7	70,0	67,6	56,7
Gribskov	100,0	99,0	90,7	88,4	82,6	71,1	64,0
Guldborgsund	100,0	98,3	95,1	94,7	94,5	92,7	79,3
Haderslev	100,0	96,2	92,7	88,2	80,3	75,8	61,4
Halsnæs	100,0	93,9	89,6	81,5	72,7	70,3	60,0
Helsingør	100,0	91,9	85,9	78,1	70,2	60,0	50,0
Herlev	100,0	100,0	91,7	80,6	76,7	75,0	52,9
Herning	100,0	90,2	84,6	85,0	83,9	75,9	69,2
Hillerød	100,0	94,3	88,5	79,5	72,2	59,4	44,4
Hjørring	100,0	98,0	90,0	84,1	72,0	62,7	44,9
Holbæk	100,0	96,5	91,0	86,5	78,9	74,6	60,4
Holstebro	100,0	95,8	90,5	84,3	77,5	71,0	51,7
Horsens	100,0	98,3	95,8	93,5	86,7	76,5	69,1
Hvidovre	100,0	100,0	100,0	100,0	95,2	80,0	57,9
Høje-Taastrup	100,0	97,7	91,4	80,0	70,8	59,1	68,8
Hørsholm	100,0	100,0	100,0	86,7	75,0	60,0	60,0
Ikast-Brande	100,0	98,0	100,0	89,7	86,4	64,0	57,1
Jammerbugt	100,0	90,9	89,2	82,8	70,4	52,0	52,2
Kalundborg	100,0	93,6	91,7	89,3	81,0	70,6	60,0

Kommune	Start genoptræning	1 mdr.	2 mdr.	3 mdr.	4 mdr.	5 mdr.	6 mdr.
Kolding	100,0	95,9	93,5	89,6	86,0	85,1	77,5
København	100,0	97,0	91,9	84,5	75,9	68,8	56,3
Køge	100,0	98,6	90,5	81,8	69,8	61,5	56,7
Lemvig	100,0	93,5	90,5	85,0	72,2	66,7	60,0
Lolland	100,0	97,8	94,3	85,2	76,2	70,0	52,9
Lyngby-Taarbæk	100,0	95,9	85,4	76,9	73,7	68,8	77,8
Mariagerfjord	100,0	94,6	91,5	82,1	76,5	61,5	55,0
Middelfart	100,0	100,0	100,0	95,7	88,6	78,8	66,7
Morsø	100,0	96,8	96,6	78,3	65,0	57,9	44,4
Norddjurs	100,0	97,0	94,1	92,2	82,7	79,1	63,0
Nordfyns	100,0	100,0	90,9	88,9	78,9	70,0	63,2
Næstved	100,0	96,1	94,8	87,0	78,0	70,6	62,1
Odder	100,0	93,5	87,5	89,7	85,7	78,9	68,8
Odense	100,0	95,8	93,5	92,8	87,4	78,0	71,6
Odsherred	100,0	94,2	90,9	86,0	70,0	59,1	50,0
Randers	100,0	96,6	93,3	89,0	88,1	76,5	65,0
Rebild	100,0	91,8	89,1	84,1	75,7	62,5	43,5
Ringkøbing-Skjern	100,0	95,8	91,0	86,4	72,9	68,1	52,6
Ringsted	100,0	97,2	96,9	95,7	93,8	84,6	72,7
Roskilde	100,0	96,9	91,6	88,8	73,9	64,8	54,1
Rødovre	100,0	96,4	89,1	87,5	78,8	75,0	42,9
Silkeborg	100,0	96,7	90,2	78,3	63,3	55,7	42,1
Skanderborg	100,0	98,5	94,6	88,4	79,7	65,5	65,0
Skive	100,0	96,4	92,7	90,8	84,9	73,5	60,0
Solrød	100,0	100,0	100,0	93,3	87,5	77,8	58,8
Stevns	100,0	96,0	92,1	86,2	70,6	55,6	-
Struer	100,0	93,9	85,7	80,0	65,2	60,0	50,0
Svendborg	100,0	94,3	92,2	86,0	78,3	73,0	56,3
Syddjurs	100,0	96,8	93,3	93,2	86,7	83,3	74,2
Sønderborg	100,0	97,7	94,6	90,0	78,3	76,5	62,5
Thisted	100,0	93,5	89,3	88,5	80,0	64,7	62,5
Tønder	100,0	96,5	95,4	90,0	84,1	80,5	70,0
Varde	100,0	99,2	93,5	83,1	75,4	65,1	53,2
Vejen	100,0	97,1	93,0	92,0	85,7	80,4	69,2
Vejle	100,0	98,0	96,7	93,5	86,3	76,4	69,6
Vesthimmerlands	100,0	95,2	85,7	77,8	62,2	56,7	43,5
Viborg	100,0	91,6	87,8	82,6	76,1	70,5	54,9
Vordingborg	100,0	95,1	96,9	96,3	94,1	86,7	75,0
Aabenraa	100,0	97,1	93,4	91,5	83,1	80,0	65,9
Aalborg	100,0	95,3	90,3	82,6	69,0	57,7	44,1
Aarhus	100,0	97,7	92,5	89,0	80,4	75,5	59,7
Landsgennemsnit	100,0	96,4	92,3	87,0	78,5	70,4	58,2

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

5 Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start for forskellige individkarakteristika

Tabel 4

Andel på offentlige ydelser 3 måneder efter genoptræningens start for forskellige individkarakteristika (2016 og 2017)

Kommune	Fysisk-krævende brancher	Diagnose i større led	Kvinde	Mand	Under 50 år	Over 50 år
Assens	35,6	30,4	32,4	25,4	26,7	32,7
Ballerup	24,1	22,1	24,3	17,4	17,4	26,2
Billund	28,8	23,3	24,3	26,7	28,1	20,8
Bornholm	35,2	33,3	40,4	20,3	22,8	35,9
Brønderslev	27,8	20,8	27,7	22,0	26,7	21,6
Esbjerg	23,6	20,4	24,6	18,4	18,9	25,2
Favrskov	21,4	24,3	23,4	16,0	18,2	22,2
Faxe	24,6	23,5	23,6	20,0	22,9	20,7
Fredensborg	22,1	20,3	18,9	16,1	21,3	14,4
Fredericia	25,0	26,9	26,1	18,2	22,2	22,4
Frederiksberg	22,0	20,8	24,0	11,9	13,1	25,5
Frederikshavn	31,2	18,9	27,7	21,7	27,9	22,1
Frederikssund	21,1	10,0	12,2	13,6	15,2	0,0
Furesø	22,0	15,3	17,1	13,9	16,2	14,7
Faaborg-Midtfyn	30,7	34,0	35,7	24,7	20,2	43,4
Gentofte	15,9	10,1	12,5	6,9	11,1	8,4
Gladsaxe	17,1	18,3	17,5	16,2	16,0	18,0
Greve	27,6	25,6	28,6	19,8	19,3	29,7
Gribskov	26,4	29,3	34,2	16,5	22,0	30,6
Guldborgsund	35,8	36,7	31,0	35,0	27,9	39,0
Haderslev	37,3	34,2	30,2	30,4	27,5	34,4
Halsnæs	27,5	27,4	32,7	17,3	24,6	26,0
Helsingør	20,7	18,8	18,5	16,6	13,0	23,9
Herlev	31,0	27,8	31,3	19,6	27,3	24,1
Herning	25,9	24,6	25,0	20,5	19,7	29,3
Hillerød	18,2	13,8	15,8	12,0	13,4	14,9
Hjørring	25,7	21,9	24,5	20,7	26,0	18,4
Holbæk	26,6	28,5	25,6	21,5	20,1	27,8
Holstebro	24,0	21,4	22,0	20,0	18,8	25,6
Horsens	31,4	28,2	30,7	21,4	26,1	25,4
Hvidovre	23,8	22,0	16,2	25,0	17,4	22,7
Høje-Taastrup	29,0	20,0	17,6	27,1	22,7	20,0
Hørsholm	25,0	12,7	16,1	14,0	13,5	17,0
Ikast-Brande	21,4	17,6	13,4	22,0	15,5	20,9
Jammerbugt	16,1	15,0	18,8	13,5	12,7	23,1
Kalundborg	22,5	27,4	29,0	15,9	23,7	21,2

Kommune	Fysisk-krævende brancher	Diagnose i større led	Kvinde	Mand	Under 50 år	Over 50 år
Kolding	26,7	33,3	31,3	20,0	21,7	33,7
København	26,3	24,0	23,0	17,6	16,3	28,7
Køge	28,4	33,0	30,0	26,9	25,4	32,9
Lemvig	21,4	22,7	17,0	22,2	17,0	22,9
Lolland	27,0	21,9	24,1	23,2	22,1	26,1
Lyngby-Taarbæk	17,5	17,5	16,4	7,1	6,1	17,4
Mariagerfjord	27,1	22,4	24,4	22,5	22,4	24,6
Middelfart	31,7	32,6	26,0	24,4	21,1	31,5
Morsø	27,3	28,8	24,2	28,8	25,6	28,6
Norddjurs	34,9	30,3	29,6	30,7	29,1	31,6
Nordfyns	40,7	39,6	30,6	41,0	34,0	39,3
Næstved	24,5	20,1	23,7	19,4	16,5	27,8
Odder	27,5	22,5	27,6	17,3	17,6	27,1
Odense	32,3	29,3	29,1	26,1	25,3	31,2
Odsherred	29,5	34,9	37,3	24,2	22,6	38,7
Randers	27,4	29,5	28,1	23,0	27,6	22,1
Rebild	26,1	20,2	28,2	15,5	18,8	27,8
Ringkøbing-Skjern	26,7	23,8	24,3	19,6	18,9	26,3
Ringsted	23,0	20,0	30,0	14,5	20,3	23,9
Roskilde	25,0	23,1	22,5	14,4	15,6	22,2
Rødovre	32,4	30,0	27,2	31,0	29,1	28,3
Silkeborg	18,9	16,3	17,1	13,4	15,1	15,4
Skanderborg	19,9	16,1	20,4	12,3	12,9	21,1
Skive	23,9	21,9	17,9	20,2	17,6	21,2
Solrød	31,3	28,6	24,7	22,6	18,8	29,0
Stevns	27,0	28,7	25,7	21,2	17,2	31,0
Struer	29,6	24,4	16,7	29,8	18,8	33,3
Svendborg	44,7	45,6	41,6	30,5	34,1	38,0
Syddjurs	28,7	27,0	27,0	24,8	23,0	30,7
Sønderborg	41,8	33,3	39,6	30,0	28,3	45,9
Thisted	38,8	37,5	31,0	34,2	28,6	36,8
Tønder	36,0	33,3	25,0	32,4	25,0	34,6
Varde	25,5	25,3	24,2	20,0	16,7	31,3
Vejen	30,8	33,6	31,3	23,3	26,1	28,6
Vejle	27,6	27,1	27,0	19,3	21,4	25,8
Vesthimmerlands	24,3	21,4	22,7	21,5	24,2	18,4
Viborg	22,3	18,8	21,6	17,1	19,4	19,6
Vordingborg	35,9	32,3	35,9	28,9	18,6	46,3
Aabenraa	33,9	31,6	31,3	30,8	28,2	37,0
Aalborg	19,0	13,7	16,4	14,1	15,2	15,4
Aarhus	26,0	22,4	22,5	16,4	18,7	20,1
Landsgennemsnittet	24,7	23,7	24,2	19,6	20,0	24,8

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Bilag 3: Metode

Fastholdelse eller tilbagevenden til arbejde i forbindelse med almen genoptræning



Social- og
Indenrigsministeriets
BENCHMARKINGENHED

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

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

Indhold

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

1 Afgrænsning af population

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

Der er følgende forudsætninger for at indgå i analysepopulationen:

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

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

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

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

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

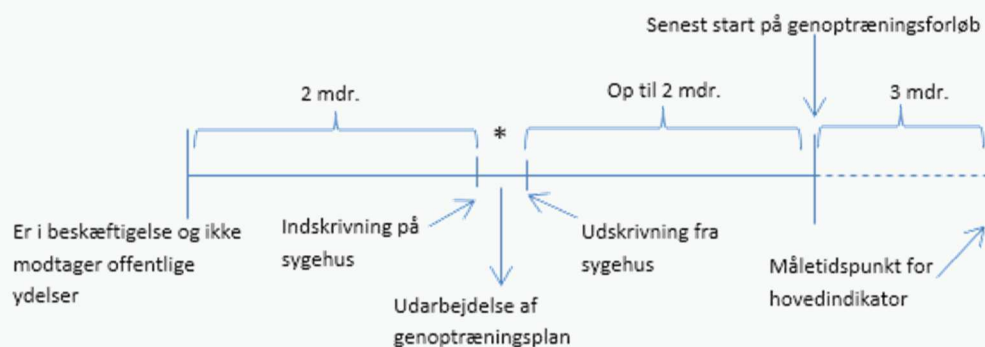
1. Man har modtaget 1. genoptræningsydelse indenfor 60 dage fra man er udskrevet med en genoptræningsplan fra sygehuset. 1. ydelse modtages typisk umiddelbart efter sygehusudskrivning. Men der er flere forhold, som gør at vi tillader en tidsafgrænsning på 60 dage fra udskrivelse.
 - a. Der laves et vindue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

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

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

Figur 1.1

Illustration af tidsforløbet for afgrænsning af population og måling af hovedindikator



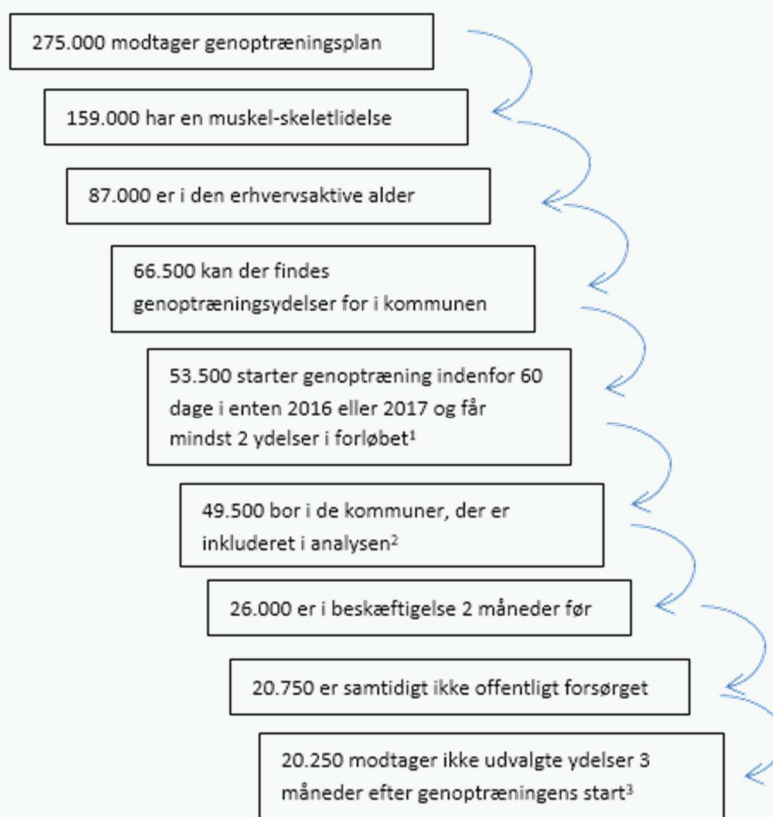
Anm: *96 pct. af analysepopulationen har en indlæggelsestid på sygehuset på 1-3 dage.

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

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

Figur 1.2

Udvælgelse af population samt populationsstørrelse for 2016 og 2017



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

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

2 Hovedindikator

Grundlæggende ønsker vi i denne analyse at undersøge, hvor stor en andel af de personer, der var i beskæftigelse inden den sygehuskontakt, hvor der blev udarbejdet en genoptræningsplan, der er tilbage på arbejde på et vist tidspunkt efter genoptræningens start.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabel 2.1

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

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

Anm: 1) Dækker også over at være fastholdt i arbejde. 2) Det er for disse ydelser ikke muligt at vide om personer, som modtager fx SU, barseldagpenge eller efterløn, ikke kan varetage sit arbejde eller om der er en naturlig årsag til at de modtager disse ydelser og derved ikke er vendt tilbage i arbejde som inden sygehuskontakten, hvor genoptræningsplanen blev udarbejdet. Der er lidt mindre end 500 personer, som bliver udeladt fordi de modtager disse ydelser. 3) Der er 56 som modtager feriedagpenge 3 måneder efter genoptræningens start, det er ikke muligt at afgøre hvad der ligger til grund for at de modtager feriedagpenge og dermed hvorvidt det er et udtryk for om man er vendt tilbage til arbejde eller ej. Det ændrer ikke på regressions – eller benchmarkingresultaterne, hvis de indgik i analysen 4) Der er ingen, som modtager førtidspension 3 måneder efter genoptræningens start og mindre end 3 efter 6 måneder.

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

Nedslagstidspunkt for hovedindikatoren

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

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

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

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

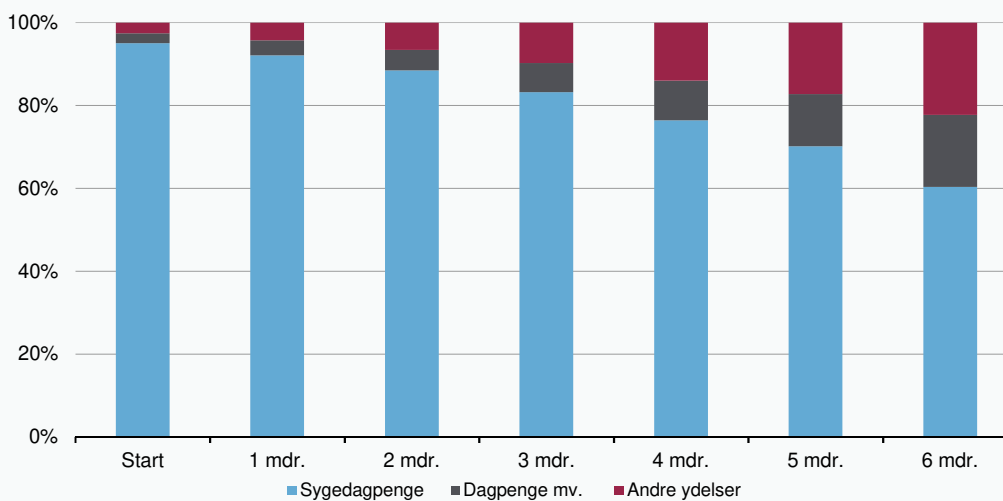
Grundet disse forhold har vi valgt at se på et nedslagstidspunkt sat i forhold til starten på genoptræningsforløbet. Det er i forlængelse heraf vigtigt at fastsætte det rette nedslagstidspunkt. Det er overordnet set en afvejning mellem, at kommunerne skal have mulighed for at yde en indsats over for borgeren (gennem blandt andet genoptræningen) og opnå et resultat af denne indsats inden vi måler. Derudover vil det være misvisende for analysens formål at bevæge sig for langt væk fra genoptræningens start, da der vil være større risiko for at måle en anden indsats end den der knytter sig til borgerens genoptræningsbehov.

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

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

Figur 2.1

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



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

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

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

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

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

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

3 Genoptræningsdata

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

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

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

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

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

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

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

Tabel 3.1

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

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

Tildeling af kommune ved benchmarking

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

Overlap mellem registrering af genoptræningsplan og registrerede genoptræningsydelse i kommunerne

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

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

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

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

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

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og egne beregninger.

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

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

Tabel 3.3

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

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

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

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

4 Opmærksomhedspunkter ved benchmarking

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

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

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

Diskussion af kommunernes rammevilkår

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

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

5 Rammevilkår og regressionsresultater

5.1 Rammevilkår

I benchmarkinganalysen tages der højde for kommunernes rammevilkår. Rammevilkår er et begreb, som i denne forbindelse bruges om de strukturelle forhold, som den enkelte kommune opererer under. Rammevilkår er generelt kendetegnet ved, at de ikke kan ændres af kommunerne på kort eller mellem-lang sigt. De inkluderede rammevilkår er udvalgt via en afsøgning af hvilke faktorer, der kunne tænkes at have indflydelse på hovedindikatoren. Der er derfor nogle variable som i udgangspunktet blev inkluderet i modellen, men som er blevet frasorteret den endelige model.

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

Tabel 5.1

Oversigt over inkluderede rammevilkår

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

Anm.: 1) Se figur 1.1 i kapitel 1

Diagnose

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

Tabel 5.2

Aktionsdiagnoser med diagnosekoder samt opdeling i små og store led

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

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Kontakt til fysio- /ergoterapeut under genoptræning

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

Operation

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

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

Antal kontaktdage til sygehuset

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

Fuldtid samt branche

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

Tabel 5.3

Gruppering af brancher

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

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Andel almene genoptræningsplaner modtaget i kommunen

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

Antal kontakter til almen praksis

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Regressionsresultater

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

Tabel 5.4

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

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

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

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

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

5.3 Faktorer udeladt af den endelige model

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

Sygehus/Regioner

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

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

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

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

Sektor

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

Anciennitet på arbejdsplads

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

Lokale arbejdsmarkedsforhold

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

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

6 Afdækning af tiltag til inspiration hos kommunerne

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

² Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner, KORA (2016)

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

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

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

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

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

Boks 6.1

Udvalgte kommuner, som er anvendt til udarbejdelsen af inspirationskataloget

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

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

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

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

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