



FOLKETINGET
STATSREVISORERNE



FOLKETINGET
RIGSREVISIONEN

Oktober 2021
– 1/2021

Rigsrevisionens beretning afgivet
til Folketinget med Statsrevisorernes
bemærkninger

Beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien

1/2021

Beretning om

beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2021

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:

Statsrevisorerne fremsender med deres bemærkning Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Beskæftigelsesministeren og sundhedsministeren afgiver en redegørelse til beretningen. Sundhedsministeren indhenter i den forbindelse udtalelser fra regionsrådene.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministrenes redegørelser.

På baggrund af ministrenes redegørelser og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i april 2022.

Ministrenes redegørelser, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2021, som afgives i februar 2023.

Statsrevisorernes bemærkning tager udgangspunkt i denne karakterskala:

Karakterskala

Positiv kritik	<ul style="list-style-type: none">• finder det meget/særdeles positivt• finder det positivt• finder det tilfredsstillende/er tilfredse med
Kritik under middel	<ul style="list-style-type: none">• finder det ikke helt tilfredsstillende
Middel kritik	<ul style="list-style-type: none">• finder det utilfredsstillende/er utilfredse med• påpeger/understreger/henstiller/forventer• beklager/finder det bekymrende/foruroligende
Skarp kritik	<ul style="list-style-type: none">• kritiserer/finder det kritisabelt/kritiserer skarpt/indskærper• påtaler/påtaler skarpt
Skarpeste kritik	<ul style="list-style-type: none">• påtaler skarpt og henleder særligt Folketingets opmærksomhed på

Henvendelse vedrørende denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

Tlf.: 3337 5987
statsrevisorerne@ft.dk
www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan købes ved henvendelse til:

Rosendahls Lager og Logistik
Vandtårnsvej 83A
2860 Søborg

Tlf.: 4322 7300
distribution@rosendahls.dk
www.rosendahls.dk

ISSN 2245-3008
ISBN trykt 978-87-7434-726-2
ISBN online 978-87-7434-727-0

Statsrevisorernes bemærkning

Beretning om beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien

Ca. 50 % af alle langtidssygemeldinger skyldes psykiske lidelser. Denne undersøgelse omhandler de ca. 5.000 borgere, der årligt sygemeldes, er på sygedagpenge og forventes sygemeldt i over 8 uger. Disse borgere har samtidig så svære psykiske lidelser, at de behandles i sygehuspsykiatrien. 72 % af borgerne kommer direkte fra beskæftigelse. Ca. 1/3 af dem overgår efterfølgende fra sygedagpenge til jobafklaringsforløb. Jobcentrene i kommunerne skal sikre, at de sygemeldte borgere får et individuelt tilrettelagt og sammenhængende forløb med fokus på, at borgerne bevarer deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Regionerne er ansvarlige for borgernes behandling i psykiatrien og skal koordinere indsatsen med kommuner og statslige myndigheder. Beskæftigelsesministeriet skal føre tilsyn, følge op og understøtte jobcentrenes indsats over for borgerne.

Statsrevisorerne finder, at Beskæftigelsesministeriets, regionernes og kommunernes indsats for at sikre, at sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien får et sammenhængende og beskæftigelsesrettet forløb, har været utilfredsstillende.

Beskæftigelsesministeriet har i en årrække haft kendskab til, at jobcentrene ikke har overholdt lovgivningens krav om opfølgning og tilbud til borgerne. Regionerne og jobcentrene har ikke sikret koordination og sammenhæng i den psykiatriske og beskæftigelsesrettede indsats. Fx er der for ca. 75 % af borgere på sygedagpenge eller i jobafklaringsforløb ikke taget direkte kontakt mellem jobcentrene og psykiatrien. Beskæftigelsesministeriet har ikke i tilstrækkelig grad tilset og understøttet, at indsatsen blev koordineret. Det finder Statsrevisorerne utilfredsstillende.

Der er således risiko for, at mange sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien mister deres tilknytning til arbejdsmarkedet på grund af en utilstrækkelig og ukoordineret indsats fra myndighedernes side.

Statsrevisorerne

15. oktober 2021

Henrik Thorup*
Klaus Frandsen
Frank Aaen
Mette Abildgaard
Leif Lahn Jensen
Troels Lund Poulsen*

* Statsrevisor Henrik Thorup og statsrevisor Troels Lund Poulsen har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.

Statsrevisorerne hæfter sig særligt ved følgende resultater fra undersøgelsen:

- Knap 50 % af borgerne på sygedagpenge og ¼ af borgerne i jobafklaringsforløb får ikke opfølgningssamtaler inden for lovens frister. Den primære årsag til forsinkede samtaler er, at jobcentre ikke indkalder i tide.
- 35 % af borgerne på sygedagpenge og 20 % af borgerne i jobafklaringsforløb modtager ingen tilbud om fx virksomhedspraktik eller ansættelse med løntilskud.
- Af de sygemeldte borgere, der ved første samtale havde en arbejdsgiver, har jobcentre i 41 % af tilfældene ikke taget den lovpligtige kontakt til arbejdsgiver.
- Lovens muligheder for udveksling af oplysninger, udskrivningsmentorer mv. bruges kun i begrænset omfang med henblik på at koordinere og skabe sammenhæng i myndighedernes indsats.
- Der mangler digital understøttelse af informationsudvekslingen mellem jobcentre og psykiatrien, og jobcentre anmoder om lægeattesterne sent i sygedagpengeforløbene. Det indebærer bl.a., at lægeattester ofte er så forsinkede, at jobcentre ikke kan tilrettelægge indsatsen under hensyn til psykiatriens indsats.

Statsrevisorerne mener, at Beskæftigelsesministeriet og Sundhedsministeriet har et ansvar for, at der sker en effektiv informationsudveksling.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion og konklusion	1
1.1. Formål og konklusion.....	1
1.2. Baggrund	5
1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning.....	8
2. Jobcentrenes indsats.....	13
2.1. Jobcentrenes indsats over for sygemeldte borgere	14
2.2. Beskæftigelsesministeriets opfølgning på jobcentrenes indsats	23
3. Koordinering af indsatserne	26
3.1. Jobcentrenes og psykiatriens koordinering af indsatserne	27
3.2. Grundlaget for en effektiv informationsudveksling	35
3.3. Målopfyldelse for den beskæftigelsesrettede indsats	42
Bilag 1. Metodisk tilgang.....	47
Bilag 2. Ordliste.....	56

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Rigsrevisionen har revideret regnskaberne efter § 2, stk. 1, nr. 1, jf. § 3 i rigsrevisorloven.

Rigsrevisionen har gennemgået regnskaberne efter § 4, stk. 1, nr. 1, jf. § 6 i rigsrevisorloven.

Rigsrevisionen har gennemgået regnskaberne efter § 5, jf. § 6 i rigsrevisorloven.

Beretningen vedrører finanslovens § 7. Beskæftigelsesministeriet og § 16. Sundhedsministeriet.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Beskæftigelsesministeriet:

Mette Frederiksen: oktober 2011 - oktober 2014
Henrik Dam Kristensen: oktober 2014 - juni 2015
Jørn Neergaard Larsen: juni 2015 - november 2016
Troels Lund Poulsen: november 2016 - juni 2019
Peter Hummelgaard Thomsen: juni 2019 -

Sundhedsministeriet:

Nick Hækkerup: februar 2014 - juni 2015
Sophie Løhde: juni 2015 - november 2016
Ellen Trane Nørby: november 2016 - juni 2019
Magnus Heunicke: juni 2019 -

Beretningen har i udkast været forelagt Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne, hvis bemærkninger er afspejlet i beretningen.

1. Introduktion og konklusion

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om Beskæftigelsesministeriets og regionernes indsats for, at sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien genvinder deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

2. Psykiske lidelser er generelt i vækst, og det samme er antallet af borgere, der behandles i psykiatrien. Psykiatrien behandler de borgere, der har de sværeste psykiske lidelser. Mange af dem lider af stress, angst og depression. Psykiske lidelser er årsag til ca. halvdelen af alle langtidssygemeldinger og er en af de største risikofaktorer for varig eksklusion fra arbejdsmarkedet. 71 % af alle borgere med psykiske lidelser med kontakt til sygehuspsykiatrien er i dag uden for arbejdsstyrken. OECD har begrundet dette med, at der er en dekoobling mellem det regionale sundhedsvæsen og kommunernes beskæftigelsesindsats. I et forsøg på at imødegå bl.a. denne problematik har sundhedsvæsenet formuleret en række nationale mål for sammenhængende patientforløb, herunder mål, der har fokus på arbejdsmarkedstilknytning. Samtidig er der krav om en individuelt tilrettelagt og koordineret beskæftigelsesrettet indsats i de kommunale jobcentre. Det er jobcentrene i kommunerne, der er ansvarlige for indsatsen, mens Beskæftigelsesministeriet skal understøtte og følge op på indsatsen som en del af sit tilsyn.

Flere af kravene til den beskæftigelsesrettede indsats i jobcentrene udspringer af sygedagpengereformen fra 2014. Reformen slog fast, at borgere på sygedagpenge typisk har en tilknytning til arbejdsmarkedet, og at de skal have en tidlig og arbejdspladsbaseret indsats, så de kan fastholde denne tilknytning og hurtigst muligt vende tilbage i arbejde.

I 2019 var ca. 160.000 borgere langtidssygemeldte og på sygedagpenge, mens ca. 22.000 overgik fra sygedagpenge til jobafklaringsforløb.

3. Målgruppen i denne undersøgelse er sygemeldte borgere på sygedagpenge, der forventes sygemeldt i over 8 uger, og som derfor er visiteret til kategori 2, samt borgere i jobafklaringsforløb. Målgruppen har derudover et samtidigt forløb i den regionale psykiatri. Målgruppen benævnes i det følgende som borgerne. Målgruppen udgøres af ca. 5.000 sygedagpengemodtagere årligt, hvoraf 1/3 efterfølgende overgår til jobafklaring.

Forlængelsesregler

En borgers sygedagpengeforløb kan forlænges, hvis:

1. Revalidering skønnes overvejende sandsynligt.
2. Det anses nødvendigt at gennemføre virksomhedspraktik e.l. med henblik på at afklare arbejdsevnen.
3. Vedkommende afventer eller får lægebehandling og den pågældende efter en lægelig vurdering skønnes at kunne genoptage erhvervs-mæssig beskæftigelse.
4. Der er tale om en livstruende sygdom.
5. Der er rejst en arbejdsskadesag.
6. Kommunen har modtaget ansøgning om førtidspension.

Visitationskategorier

Der er 3 visitationskategorier på sygedagpengeområdet:

Kategori 1: Sager, hvor dato for forventet fuld raskmelding ligger inden for 8 uger regnet fra første fraværsdag.

Kategori 2: Sager, hvor fuld raskmelding forventes senere end 8 uger regnet fra første fraværsdag.

Kategori 3: Sager, hvor fuld raskmelding forventes senere end 8 uger regnet fra første fraværsdag, hvor der ud over de helbredsmæssige forhold er andre udfordringer i forhold til den sygemeldtes muligheder for at vende tilbage til arbejde, herunder sociale forhold, og hvor der vurderes at være behov for at iværksætte en tværfaglig indsats.

4. Undersøgelsen er en tværgående forløbsundersøgelse, som har til formål at vurdere, om myndighedernes indsats for at sikre en sammenhængende beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien har været tilfredsstillende.

Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Har Beskæftigelsesministeriet fulgt op på jobcentrenes indsats, der skal sikre, at borgerne får den lovpligtige opfølgning og tilbud?
- Har regionerne sikret og Beskæftigelsesministeriet understøttet, at psykiatrien og jobcentrene koordinerer indsatsen, så borgerne hurtigst muligt vender tilbage til arbejdsmarkedet?

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i september 2020.



Hovedkonklusion

Myndighedernes indsats for at sikre en sammenhængende beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien har været utilfredsstillende. Konsekvensen er, at der er risiko for, at sårbare borgere med forløb i psykiatrien mister deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

Beskæftigelsesministeriet har i utilfredsstillende grad fulgt op på jobcentrenes indsats, der skal sikre, at borgerne får den lovpligtige opfølgning og tilbud

Beskæftigelsesministeriet har i en årrække gennem sit tilsyn haft kendskab til, at jobcentrene ikke sikrer, at borgerne får den lovpligtige opfølgning og tilbud. De initiativer, som ministeriet har taget, har ikke løst problemerne i jobcentrene. Ministeriet har først fra august 2021 taget mere indgribende værktøjer i brug over for kommuner, der ikke overholder loven.

Undersøgelsen viser, at knap halvdelen af borgerne på sygedagpenge og ¼ af borgerne i jobafklaring ikke får opfølgningssamtaler inden for lovens frister. For ¾ af borgerne har jobcentrene enten ikke udarbejdet eller ikke i tilstrækkeligt omfang udfyldt de planer, som skal understøtte indsatsen.

Undersøgelsen viser videre, at 35 % af borgerne på sygedagpenge og 20 % af borgerne i jobafklaring modtager 0 tilbud. Årsagen til de manglende tilbud er ikke dokumenteret for 40 % af borgerne på sygedagpenge og for 25 % af borgerne i jobafklaring. Jobcentrene har ikke den lovpligtige kontakt til borgerens arbejdsgiver for 41 % af de borgere på sygedagpenge, der ved første opfølgningssamtale har en arbejdsgiver.

Regionerne har i utilfredsstillende grad sikret, og Beskæftigelsesministeriet har i utilfredsstillende grad understøttet, at psykiatrien og jobcentrene koordinerer indsatsen, så borgerne hurtigst muligt vender tilbage til arbejdsmarkedet

Regionerne har haft viden om, at psykiatrien og jobcentrene ikke sikrer koordination og sammenhæng i indsatsen, og om mangler i den digitale understøttelse af informationsudvekslingen. Beskæftigelsesministeriet har ikke undersøgt koordineringen med psykiatrien specifikt. Regionerne har taget flere regionale initiativer, og ministeriet har taget enkelte initiativer, men problemerne består fortsat.

Undersøgelsen viser, at der for godt ¾ af borgerne på sygedagpenge og i jobafklaringsforløb ingen direkte kontakt er mellem jobcentrene og psykiatrien. Tilsvarende benytter psykiatrien og jobcentrene i begrænset omfang de redskaber, som er givet ved lov, og som de har til rådighed i forhold til at sikre oplysning, koordination og sammenhæng, bl.a. udskrivningsmentorer.

Det redskab, jobcentrene hyppigst anvender, er lægeattester. Jobcentrene anmoder om attesterne sent i sygedagpengeforløbene, og attesterne er ofte forsinkede. Det betyder, at jobcentrene har ringe mulighed for at tilrettelægge indsatsen under hensyn til psykiatriens indsats. Manglende digital understøttelse af informationsudvekslingen kan være en medvirkende årsag til, at attesterne er længe undervejs.

Tilbud

Jobcentret kan, jf. lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, give borgeren tilbud som fx virksomhedspraktik, delvis raskmelding, vejledning og opkvalificering, mentorstøtte eller andre særligt tilrettelagte tilbud. Tilbuddene skal bringe borgeren tættere på arbejdsmarkedet.

Direkte kontakt

Ved direkte kontakt forstår vi al kontakt mellem jobcentermedarbejdere og medarbejdere i psykiatrien, der ikke foregår via lægeattester. Direkte kontakt kan fx være telefonopkald, mailkorrespondance og møder.

8 ud af 10 af alle sygemeldte borgere i undersøgelsens målgruppe har sygedagpengeforløb, som er længere end 22 uger. Kun $\frac{1}{3}$ er i beskæftigelse 6 måneder efter endt jobcenterforløb. Dette medfører øgede udgifter for kommunen og staten, fordi de udbetaler sygedagpenge i en længere periode.

1.2. Baggrund

5. Sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien har hver deres sygdomshistorik. Nogle har været syge i lange perioder af deres voksenliv, mens andre først er blevet diagnosticeret med en psykisk lidelse i forbindelse med deres seneste sygemelding. Nogle har haft en fast tilknytning til arbejdsmarkedet og er blot kortvarigt sygemeldt, mens andre i perioder har opholdt sig på kanten af arbejdsmarkedet. Forskning viser, at mens det i nogle tilfælde er netop jobrelaterede udfordringer, der er medvirkende til borgerens psykiske lidelse, så kan beskæftigelse omvendt og under de rette forudsætninger være et meningsfuldt holdepunkt, der bidrager til, at borgeren bliver rask igen.

72 % af målgruppen i undersøgelsen kommer direkte fra beskæftigelse og har altså en tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er således fælles for de borgere, vi undersøger, at de typisk er sygemeldt fra deres arbejde og er i et forløb, der består af parallelle indsatser og flere involverede parter.

6. Jobcentrets opfølgning og tilbud påvirker borgeren og derved potentielt også borgerens resurser og evne til at få gavn af psykiatrisk behandling, ligesom den psykiatriske behandling påvirker borgerens kapacitet til at deltage i tilbud og få gavn af jobcentrets indsats. Derfor er det også indskrevet i både sygedagpengeloven, § 8-9, og i regionale vejledninger, at psykiatrien og jobcentre skal inddrage relevante aktører i opfølgningen og behandlingen med henblik på at sikre sammenhængende forløb.

Det fremgår herudover af sygedagpengereformen, at opfølgning med borgeren skal ske tidligt i forløbet, og at indsatsen skal afspejle den sygemeldtes behov for støtte til at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det er også intentionen, at den arbejdspladsbaserede indsats skal styrkes. Sygedagpengereformen er udmøntet i en række love og bekendtgørelser, herunder sygedagpengeloven, der fastsætter krav til den konkrete indsats, som jobcentret skal tilbyde sygemeldte borgere, med henblik på at de vender tilbage til arbejdsmarkedet. *Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats* (herefter LAB-loven) rummer ligeledes krav til, hvilken indsats jobcentre skal tilbyde borgere i jobafklaringsforløb.

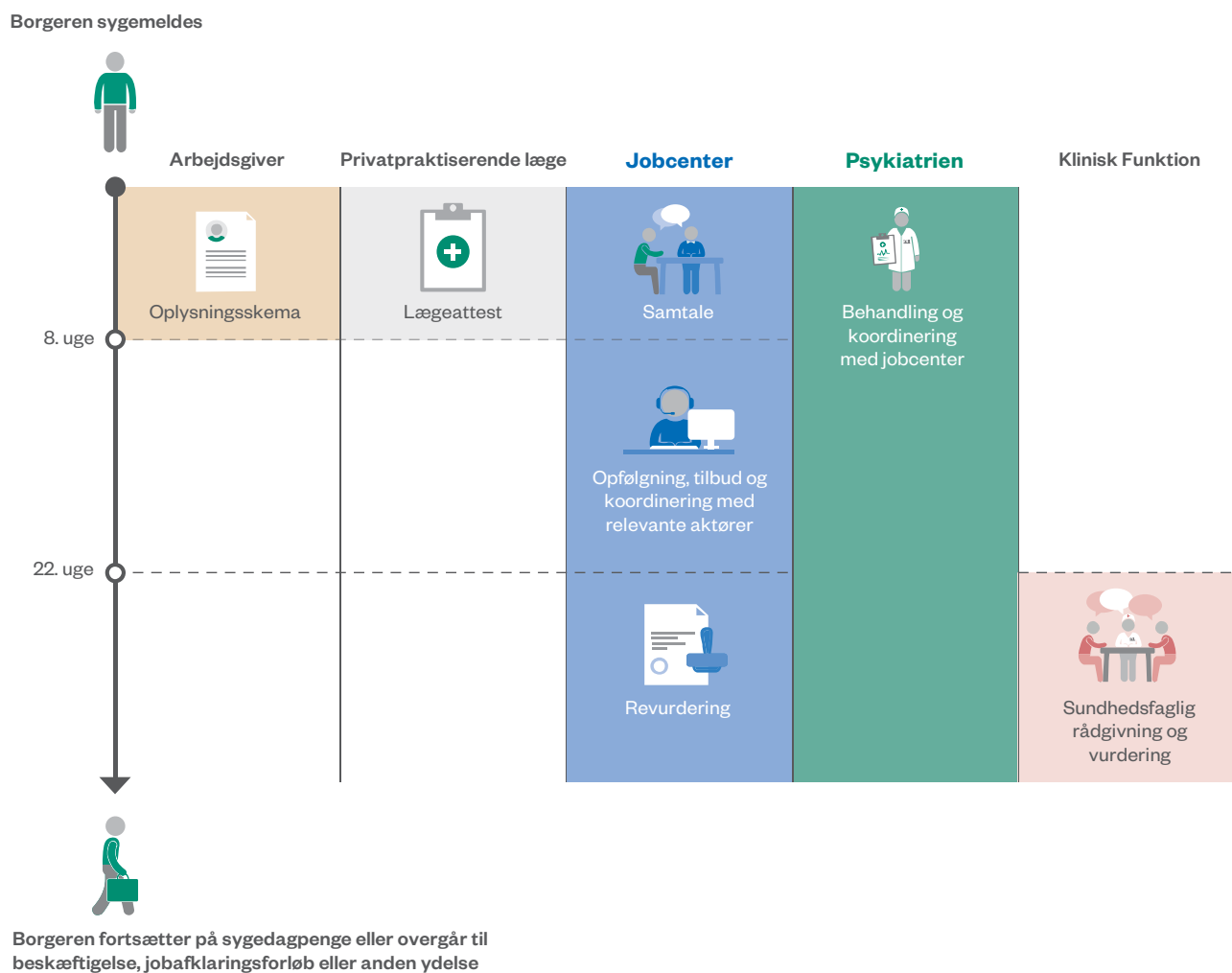
Endelig har regionerne opstillet en række retningslinjer for og krav til den behandling, som borgerne modtager i psykiatrien. Regionerne har desuden i samarbejde med kommunerne opstillet retningslinjer for og krav til den koordinering, der bør ske med jobcentret.

Arbejdspladsbaseret indsats

En arbejdspladsbaseret indsats skal have fokus på borgers tilbagevenden til arbejde. Indsatsen kan fx være gradvis tilbagevenden til arbejde, tilbud om virksomhedspraktik eller tilbud om ansættelse med løntilskud.

Figur 1 viser i hovedtræk de lovgivningsmæssige rammer for indsatsen for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien og deres vej tilbage til arbejdsmarkedet.

Figur 1
En sammenhængende beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien



Note: Klinisk Funktion rådgiver alene ved overgang til jobafklaringsforløb og ikke ved forlængelse af sygedagpenge, medmindre særlige forhold gør sig gældende.

Kilde: Rigsrevisionen.

Den sygemeldte borger skal i starten af sit forløb have en samtale med sin arbejdsgiver og praktiserende læge. Arbejdsgiveren kan bidrage med oplysninger til det oplysningsskema, som borgeren skal udfylde til brug for første opfølgningssamtale i jobcentret. Samtalen med lægen skal tjene som grundlag for, at lægen kan udarbejde en lægeattest til brug for kommunens opfølgning og visitation. I de første faser af et sygedagpengeforløb skal der således finde en informationsudveksling og koordinering sted mellem borgerens arbejdsgiver, praktiserende læge og jobcentret.

Jobcentret skal afholde første opfølgningssamtale inden udgangen af 8. uge. Ved første opfølgningssamtale skal jobcentret og borgeren indgå en aftale om beskæftigelsesmål og indsats, som indgår i borgerens *Min Plan*. Planen skal justeres løbende på baggrund af regelmæssige opfølgningssamtaler. Forud for samtalerne skal jobcentret ifølge sygedagpengeloven oplyse borgerens sag, så jobcentret kan vurdere, om borgeren fortsat falder inden for sygedagpengemålgruppen, og så indsatsen kan tilrettelægges under hensyn til indsatsen fra andre. Jobcentret kan indhente lægeattester eller fx afholde netværksmøder med arbejdsgiver og læger og på den måde forsøge at koordinere med henblik på at sikre en sammenhængende indsats.

Jobcentret skal træffe afgørelse i borgerens sag efter 22. uge. Jobcentret kan forlænge sygedagpengeydelsen, hvis borgeren falder inden for reglerne herfor. I modsat fald kan borgeren overgå til jobafklaringsforløb, hvor vedkommende skal have en tværfaglig indsats, der skal udvikle arbejdsevnen.

Borgerens sag skal forelægges kommunens rehabiliteringsteam senest 4 uger efter overgangen til jobafklaringsforløb. Rehabiliteringsteamet afgiver en indstilling om den tværfaglige og helhedsorienterede indsats i jobafklaringsforløbet, der beskrives i den såkaldte rehabiliteringsplan. Under jobafklaringsforløbet er der fortsat krav om løbende opfølgning. Jobcentret kan også benytte sig af sundhedsfaglig rådgivning og vurdering fra Klinisk Funktion under forløbet.

Borgerens psykiatriske behandling kan starte uafhængigt af tidspunktet for og udstrækningen af sygemeldingen. Behandlere i psykiatrien spørger typisk ind til fx borgerens arbejdsmarkedsrelaterede forhold i starten af forløbet. Dertil skal den regionale psykiatri på jobcentrets anmodning levere lægeattester til brug for sagsbehandlingen. Psykiatrien udarbejder desuden en epikrise, når borgeren afslutter sit behandlingsforløb. Epikrisen skal sikre overgangen til praktiserende læge. Desuden skal psykiatrien undersøge, om den indlagte borger ønsker en udskrivningsmentor, og videreformidle et eventuelt ønske herom til jobcentret.

7. Beskæftigelsesministeriet har ansvaret for, at den statslige refusion til de ydelser, der gives til undersøgelsens målgruppe, bliver anvendt som forudsat. Det er jobcentrene i kommunerne, der gennemfører selve indsatsen over for borgerne. Ministeriets opgave er gennem sit tilsyn at følge op på, at kommunerne efterlever loven. Det skal ministeriet bl.a. ved at sikre rammerne for indsatsen, følge med i, hvordan lovgivningen administreres, og reagere på eventuelle u hensigtsmæssigheder.

Regionerne er ansvarlige for den indsats, der leveres i psykiatrien, herunder for at koordinere med relevante kommunale og statslige myndigheder i de tilfælde, hvor det er relevant.

Min Plan

Alle målgrupper i beskæftigelsesloven, herunder sygedagpengemodtagere og personer i jobafklaringsforløb, skal have udarbejdet en *Min Plan*. Planen indeholder elementer som fx jobmål, aktivering og indsatser samt andre aftaler.

Revurdering

Retten til sygedagpenge opføres efter udløbet af en kalendermåned, når der er udbetalt sygedagpenge eller løn i mere end 22 uger i de 9 forudgående kalendermåneder. Der behøver ikke være tale om 22 ugers sammenhængende forløb.

Rehabiliteringsteam

Kommunernes tværfaglige rehabiliteringsteam behandler sager dels om jobafklaringsforløb, dels om resurseforløb, fleksjob og førtidspension. I teamet sidder typisk repræsentanter fra beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet samt en sundhedskordinator fra Klinisk Funktion.

Rehabiliteringsplan

I jobafklaringsforløb kan en rehabiliteringsplan træde i stedet for *Min Plan*.

Rehabiliteringsplanen består af 2 dele – en forberedende del og en indsatsdel. Indsatsdelen skal indeholde et konkret mål og en plan for de tværfaglige indsatser for borgeren. Den skal opdateres, når der sker en udvikling i borgerens forløb.

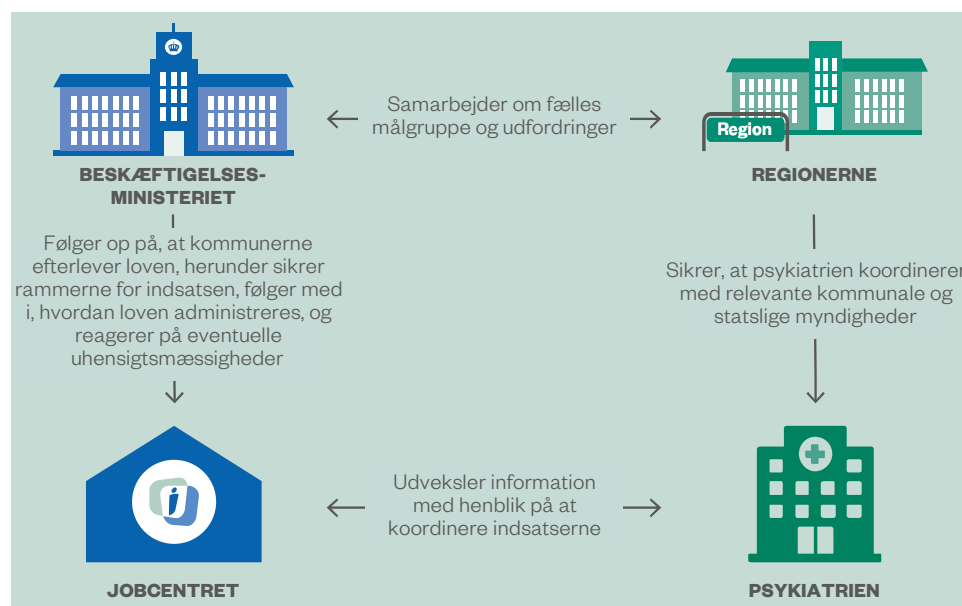
Epikrise

En epikrise udformes, når behandlingen af en borger er afsluttet eller skal overdrages fra én læge til en anden, fx fra en læge i regionen til praktiserende læge.

Klinisk Funktion

Klinisk Funktion er en regional enhed med hjemmel i beskæftigelseslovgivningen. Sundhedskoordinatorer, der ofte er læge- eller psykologuddannede, yder sundhedsfaglig rådgivning og udarbejder lægeattester til kommunerne i personsager vedrørende fleksjob, resurseforløb, jobafklaringsforløb, førtidspension mv. Udgiften til den sundhedsfaglige rådgivning afholdes af kommunerne.

Figur 2 viser opgaveansvaret for aktørerne i den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien.

Figur 2**Opgaveansvaret for aktører i den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien**

Kilde: Rigsrevisionen.

8. På finansloven for 2020 var der afsat ca. 4,6 mia. kr. til refusion af sygedagpenge og 648 mio. kr. til refusion i forbindelse med jobafklaringsforløb. Den regionale psykiatri finansieres primært af det samlede bloktilskud til regionerne. Den økonomiske ramme for psykiatrien i de enkelte regioner fastsættes af regionsrådet. I 2020 var der afsat 8,5 mia. kr. til *hele* psykiatriområdet, og derudover blev der med *Aftale om finansloven for 2020* tilført 600 mio. kr. årligt til psykiatrien fra 2020 og frem.

1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

9. Vi undersøger, om myndighedernes indsats for at sikre en sammenhængende beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien har været tilfredsstillende. Vi undersøger derfor den borgernære indsats, der leveres af psykiatrien og jobcentre, samt den indsats, der leveres af henholdsvis regionerne og Beskæftigelsesministeriet.

Revisionskriterier

10. I kapitel 2 undersøger vi, om Beskæftigelsesministeriet gennem sit tilsyn har fulgt op på jobcentrenes indsats, så borgerne får den lovpligtige opfølgning og tilbud. Vi undersøger, i hvilket omfang jobcentre lever op til de krav, der er til opfølgning, planer for borgerens forløb, tilbud til sygemeldte borgere og jobcentrets kontakt til borgerens arbejdsgiver, og vurderer bl.a. på den baggrund, om Beskæftigelsesministeriets opfølgning har været tilfredsstillende.

Revisionskriterierne, som knytter sig til denne del, tager udgangspunkt i, at Beskæftigelsesministeriet over for Folketinget har ansvaret for, at den statslige refusion til sygedagpenge og resurseforløbsydelse bliver anvendt som forudsat. Staten og kommunerne deler således finansieringen af jobcentre og beskæftigelsesindsatsen, mens det er kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune, der udmønter beskæftigelsesindsatsen lokalt.

Revisionskriterierne tager desuden udgangspunkt i Beskæftigelsesministeriets ansvar for at følge op på kommunernes implementering af sygedagpengereformen og på, at kommunerne efterlever loven og lovens krav til jobcentrenes indsats. Ministeriets ansvar følger af, at ministeriet har ansvaret for lovgivningen på området og dermed udstikker rammerne for beskæftigelsesindsatsen, som kommunerne skal agere inden for. Ministeriets pligt til at overvåge og analysere beskæftigelsesindsatsen i jobcentre er herudover specificeret i § 21 i *lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen mv.*

11. I kapitel 3 undersøger vi, om regionerne har sikret, og Beskæftigelsesministeriet har understøttet psykiatriens og jobcentrenes koordinerende indsats, så borgerne hurtigst muligt vender tilbage til arbejdsmarkedet. For det første undersøger vi, i hvilket omfang psykiatrien og jobcentre har direkte kontakt med henblik på at koordinere deres indsatser, og hvordan psykiatrien og jobcentre anvender de redskaber, som de har til rådighed i forhold til at oplyse, koordinere og skabe sammenhæng i borgerens forløb, bl.a. brugen af udskrivningsmentorer og lægeattester. For det andet undersøger vi, hvordan psykiatrien og jobcentre udveksler informationer, og om regionerne og ministeriet har henholdsvis sikret og understøttet, at det sker på et effektivt grundlag. Ved effektivt grundlag forstår vi, at det sker uden væsentlige barrierer som fx tunge administrative sagsgange. For det tredje undersøger vi, om målsætningerne for beskæftigelsesindsatsen indfris, herunder om sygemeldte borgere vender tilbage til arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt i overensstemmelse med intentionen med sygedagpengeloven.

Revisionskriterierne, som knytter sig til denne del af undersøgelsen, tager igen udgangspunkt i, at Beskæftigelsesministeriet har et ansvar for at følge op på, at jobcentre overholder beskæftigelseslovgivningen, herunder at jobcentre udveksler de relevante oplysninger med bl.a. psykiatrien. Kriterierne tager også udgangspunkt i, at jobcentre ifølge sygedagpengeloven har pligt til at oplyse borgerens sag og koordinere deres indsats med indsatsen fra andre, herunder inddrage relevante aktører i opfølgningen efter behov, jf. *bekendtgørelse af lov om sygedagpenge*. Det er kommunalbestyrelsen, der udmønter dette ansvar og i øvrigt indgår en sundhedsaftale med den relevante region, jf. *bekendtgørelse af sundhedsloven og bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*. Sundhedsaftalen udstikker den fælles overordnede ramme for regionens og kommunens koordinerende indsats.

Relevant lovgivning i undersøgelsesperioden

Lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen mv., lov nr. 1482 af 23. december 2014.

Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge, lovbek. nr. 1032 af 23. juni 2016.

Bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lovbek. nr. 1342 af 21. november 2016.

Bekendtgørelse af sundhedsloven, lovbek. nr. 1286 af 2. november 2018.

Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, lovbek. nr. 1160 af 29. september 2015 (psykiatriloven).

Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, bek. nr. 1569 af 16. december 2013.

Bekendtgørelse om kommuner og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager om ressourceforløb, fleksjob, førtidspension m.v., bek. nr. 1092 af 3. august 2016.

Vi tager videre udgangspunkt i, at regionerne er ansvarlige for driften i psykiatrien. Regionerne, herunder psykiatrien, har et delt ansvar for at koordinere med kommunerne om den konkrete indsats i jobcenter og psykiatri med henblik på at skabe sammenhængende forløb på tværs af de 2 sektorer. Dette ansvar fremgår af de førnævnte obligatoriske sundhedsaftaler. Hertil kommer både nationale mål og vejledninger og regionernes egne vejledninger, retningslinjer og lokale aftaler på psykiatriområdet, der giver psykiatrien et medansvar for at sikre en koordineret indsats. Regionerne har et overordnet ansvar for at sikre, at psykiatrien efterlever disse. Endelig har regionerne gennem de nationale mål for sundhedsvæsenet forpligtet sig til at skabe sammenhængende patientforløb, herunder at øge arbejdsmarkedstilknytningen for borgere med psykiske lidelser.

Vi tager derudover udgangspunkt i, at problemstillinger, der går på tværs af myndighedsområder, vanskeligt kan løses af én part alene. Hvis regionerne og Beskæftigelsesministeriet samarbejder omkring den fælles målgruppe og eventuelle problemer, vil det skabe et bedre grundlag for en koordineret indsats.

Metode

12. Vi har foretaget undersøgelsen ved hjælp af en dokument- og sagsgennemgang samt en analyse af registerdata. For at understøtte revisionen har vi holdt møder med Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne. Vi har desuden interviewet jobcentermedarbejdere i udvalgte kommuner for at øge vores forståelse af bl.a. brugen af lægeattester.

13. Vi beskæftiger os i undersøgelsen med borgere på sygedagpenge, der forventes sygemeldt i over 8 uger, og som derfor er visiteret til kategori 2, og med borgere i jobafklaringsforløb. For begge grupper gælder i øvrigt, at de har et samtidigt forløb i den regionale psykiatri.

I perioden 1. april 2017 - 30. juni 2018 var der 127.573 borgere på sygedagpenge. Ca. 5.000 af dem havde et samtidigt forløb i psykiatrien. Undersøgelsens målgruppe af sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien udgør således ca. 5.000 sygedagpengemodtagere årligt, hvoraf $\frac{1}{3}$ efterfølgende overgår til jobafklaring. Når vi i det følgende afrapporterer undersøgelsens resultater, er det som nævnt konsekvent gruppen af sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien, som vi refererer til. Vi benævner målgruppen borgerne. Kun i analyserne om målopfyldelse perspektiverer vi sygemeldte med forløb i psykiatrien til sygemeldte uden forløb i psykiatrien.

Vores stikprøve består altså af borgere på sygedagpenge, der forventes sygemeldt i over 8 uger, og som derfor er visiteret til kategori 2. Kategori 2 udgør den største andel opgjort på fuldtidspersoner. Jobcentrene er ikke forpligtede til at iværksætte opfølgning for sygemeldte borgere visiteret til kategori 1, men kan tilbyde en indsats. Det er meget få borgere, der visiteres til kategori 3, hvor jobcentret fra starten vurderer, at der er behov for en tværfaglig indsats.

Hovedparten af de borgere, der indgår i vores stikprøve, er sygemeldt med stress, angst eller depression. Studier viser, at dette afspejler diagnosebilledet hos den brede population af borgere med psykiske lidelser. Hver 3. borger i vores stikprøve har tidligere været sygemeldt af samme årsag, og 35 % af borgerne har været psykiatrisk indlagt mindst én gang under deres sygemelding. Målgruppen udgør forventeligt den andel af borgere med de sværeste psykiske lidelser, da kun 10 % af de behandlingskrævende psykiske lidelser behandles i psykiatrien. Hovedparten af borgere med psykiske lidelser behandles af privatpraktiserende læger eller speciallæger, som Rigsrevisionen ikke har en tilsvarende adgang til at undersøge.

14. Vi har undersøgt borgernes forløb i både jobcentre og psykiatri ved at udtage én gennemgående repræsentativ stikprøve på 178 sygedagpengesager, hvor borgerne har et samtidigt forløb i den regionale psykiatri. 61 af de 178 borgere overgår til jobafklaringsforløb efter endt sygedagpengeforløb. På baggrund af stikprøven har vi indhentet de relevante sagsakter i henholdsvis kommuner og regioner.

Stikprøven er udtrukket fra et datagrundlag, der er en samkørsel af Landspatientregisteret (LPR) og Det Fælles it-baserede Datagrundlag (DFDG). Stikprøven er udtrukket ved simpel tilfældig udvælgelse, og den er derfor repræsentativ ud fra en antagelse om normalfordeling. Vi har efterprøvet antagelsen om repræsentativitet i forhold til en række væsentlige variable.

Vi har foretaget en proportional stratificering i forhold til regionerne, hvilket vil sige, at fordelingen af borgere mellem regionerne i stikprøven afspejler den nationale fordeling. Fx behandler Region Nordjylland færrest borgere, svarende til 8 %, og Region Hovedstaden flest, svarende til 35 %, hvilket er afspejlet i stikprøven.

Stikprøvens størrelse på 178 borgere er bestemt under hensyn til, hvilket niveau af usikkerhed vi finder acceptabelt. Sikkerhedsniveauet for stikprøven er 95 %, mens den maksimale statistiske usikkerhed på analyseresultaterne for stikprøven er ± 7 procentpoint. Når vi udtaler os om andelen af borgere i jobafklaring og andelen af indlagte borgere, er resultaterne behæftet med en statistisk usikkerhed på ± 12 procentpoint.

15. Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision jf. bilag 1.

Landspatientregisteret (LPR)

Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen i forbindelse med fx undersøgelser eller behandlinger, indberetter sygehusene en række oplysninger. Disse oplysninger samles som data i LPR, der administreres af Sundhedsdatastyrelsen.

Det Fælles it-baserede Datagrundlag (DFDG)

DFDG er grundlag for data på beskæftigelsesområdet på personniveau vedrørende beskæftigelsesindsats. DFDG indeholder oplysninger om ydelser og forsørgelseshistorik.

Periodeafgrænsning

Valget af periode er begrundet i en række kriterier, der er uddybet nedenfor og i bilag 1. Ét af disse kriterier er, at borgeren kan være opstartet i psykiatrisk behandling op til 3 måneder før sygemelding, dvs. tidligst den 1. januar 2017.

Afgrænsning

16. Undersøgelserperioden er 2017-2020. Vi har udelukkende udtrukket sager, hvor sygedagpengeforløbet er påbegyndt i perioden 1. april 2017 - 30. juni 2018. Formålet er at sikre, at vi kan følge alle sygedagpengeforløb i omkring 22 uger og et eventuelt jobafklaringsforløb i min. 1 år.

Vi har valgt perioden, fordi de nationale mål for sundhedsvæsenet, som omfatter et mål om sammenhængende patientforløb, i 2017 blev suppleret med en indikator om tilknytning til arbejdsmarkedet for psykiatrisk syge. Desuden er der fra januar 2020 blevet indført mere fleksibilitet, bl.a. i forhold til afholdelsen af samtaler, som led i forenklingen af LAB-loven, og nogenlunde samtidig blev store dele af beskæftigelsesindsatsen sat på standby på grund af COVID-19. I enkelte dele af undersøgelsen går vi dog tilbage til implementeringen af sygedagpengereformen i 2014. Det gælder fx i undersøgelsen af, om Beskæftigelsesministeriet har fulgt op på jobcentrenes indsats.

17. Vi afholder os fra at undersøge den indsats, som ydes af de privatpraktiserende speciallæger, som behandler en stor del af borgerne med psykiske lidelser. Vores fravalg skyldes, at vi ikke kan undersøge det fulde forløb for disse borgere, fordi Rigsrevisionen ikke har mandat til at undersøge den del af forløbet, der foregår hos privatpraktiserende læger.

Vi afholder os ligeledes fra at undersøge regionernes, herunder psykiatriens, koordinering med henholdsvis Social- og Ældreministeriet og de kommunale socialforvaltninger. Vi anerkender, at socialområdet er en relevant samarbejdspart i forhold til at skabe en sammenhængende indsats for undersøgelsens målgruppe. Rigsrevisionen har dog ikke mandat til at lave en undersøgelse tilsvarende denne på socialområdet i kommunerne.

Endelig undersøger vi udelukkende den koordination, der sker direkte mellem jobcentre og psykiatrien, og afgrænser os fra at undersøge den koordination, der finder sted i kraft af en dialog med borgeren selv.

18. I bilag 1 er undersøgelsens metodiske tilgang beskrevet. Bilag 2 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

2. Jobcentrenes indsats



Delkonklusion

Beskæftigelsesministeriet har i utilfredsstillende grad fulgt op på jobcentrenes indsats, der skal sikre, at borgerne får den lovpligtige opfølgning og tilbud.

Beskæftigelsesministeriet har fulgt jobcentrenes indsats over for målgruppen og har dermed i en årrække haft kendskab til, at jobcentrenes indsats ikke sikrer, at borgerne får den lovpligtige opfølgning og tilbud. Ministeriet har reageret på denne viden ved at iværksætte en række projekter for at forbedre indsatsen over for borgere med psykiske lidelser. Udvalgte kommuner har på frivillig basis deltaget i projekterne. Undersøgelsen viser dog, at jobcentrene fortsat ikke sikrer borgerne den lovpligtige opfølgning og tilbud. Ministeriet har først fra august 2021 taget mere indgribende værktøjer i brug over for kommuner, der ikke overholder loven. Dette til trods for, at ministeriet har haft viden om problemerne i en årrække.

Undersøgelsen viser, at jobcentrene ikke lever op til beskæftigelseslovgivningens krav til opfølgning og tilbud. Knap halvdelen af borgerne på sygedagpenge får ikke opfølgningssamtaler inden for lovens frister.

Det samme billede tegner sig for de borgere, som efter sygedagpengeforløbet overgår til et jobafklaringsforløb. Over $\frac{2}{3}$ af rehabiliteringsmøderne, som skal danne baggrund for tilrettelæggelsen af indsatsen for borgeren, afholdes ikke inden for lovens frister. $\frac{1}{4}$ af borgerne modtager heller ikke de 6 samtaler inden for 12 måneder, som følger af loven.

Den primære årsag til forsinkede samtaler er, at jobcentret ikke indkalder i tide. For borgere på sygedagpenge gør dette sig gældende i 70 % af tilfældene, mens det for borgere i jobafklaringsforløb gør sig gældende i 78 % af tilfældene.

For $\frac{3}{4}$ af borgerne på sygedagpenge og i jobafklaring har jobcentrene enten ikke udarbejdet eller ikke i tilstrækkeligt omfang udfyldt de planer, som skal understøtte indsatsen.

Undersøgelsen viser videre, at 35 % af borgerne på sygedagpenge og 20 % af borgerne i jobafklaring modtager 0 tilbud. Årsagen til de manglende tilbud er ikke dokumenteret for 40 % af borgerne på sygedagpenge og for 25 % af borgerne i jobafklaring. Borgere med korte forløb får færre tilbud, hvilket indikerer, at jobcentrene ikke sikrer en tidlig indsats i overensstemmelse med sygedagpengereformens intention.

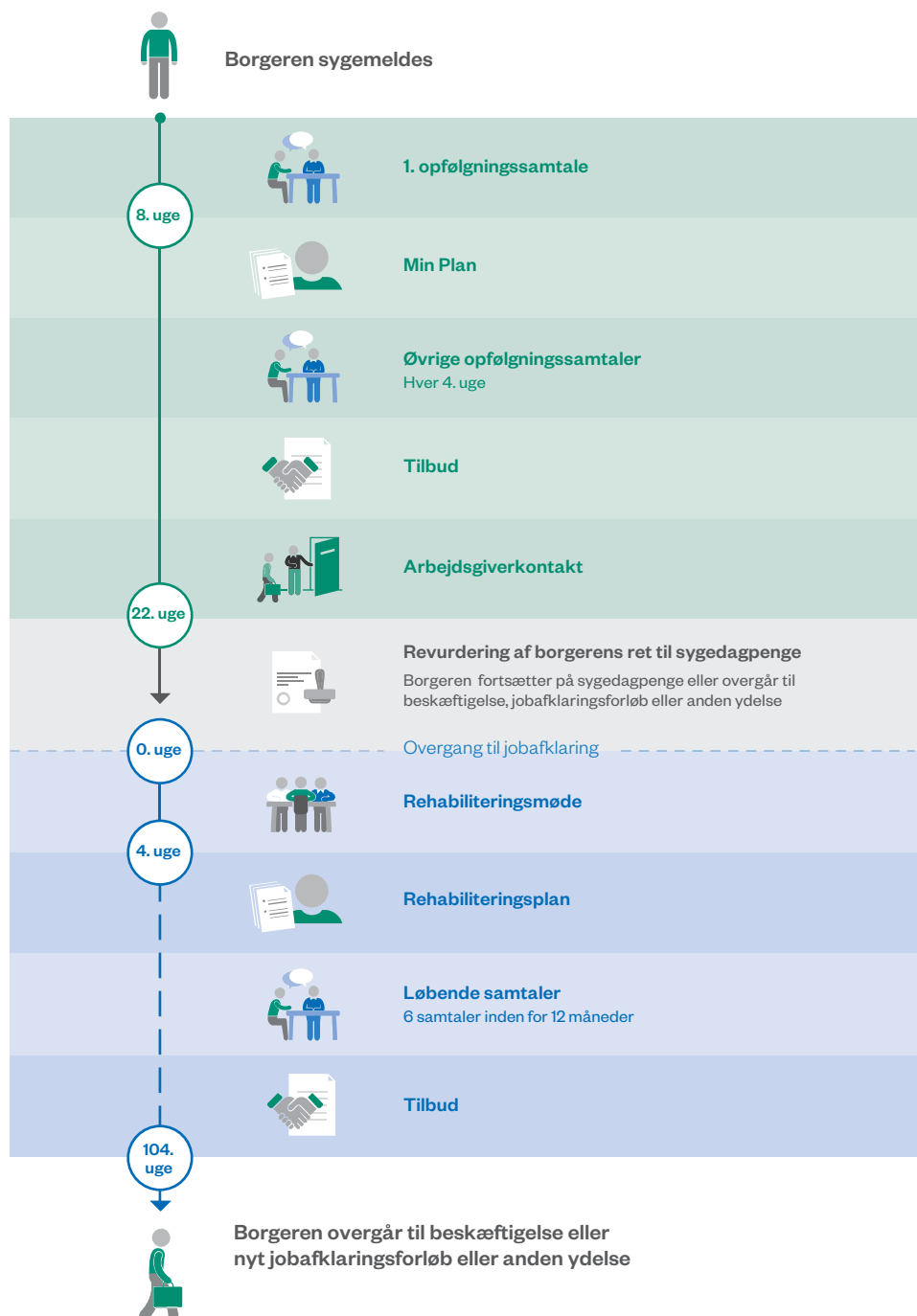
Endelig har jobcentret ikke den lovpligtige kontakt til borgerens arbejdsgiver for 41 % af de borgere på sygedagpenge, der ved første opfølgningssamtale har en arbejdsgiver.

19. Dette kapitel handler om, hvorvidt Beskæftigelsesministeriet har fulgt op på jobcentrenes indsats, der skal sikre, at borgerne får den lovpligtige opfølgning og tilbud. Vi har undersøgt, i hvilket omfang jobcentre lever op til de lovkrav, der er til opfølgning, planer for borgerens forløb, tilbud til sygemeldte borgere og jobcentrets kontakt til borgerens arbejdsgiver, og vurderer bl.a. på den baggrund, om Beskæftigelsesministeriets opfølgning har været tilfredsstillende.

2.1. Jobcentrenes indsats over for sygemeldte borgere

20. Jobcentre skal ifølge sygedagpengeloven løbende følge op på sygemeldte borgere under hensyn til borgernes behov og forudsætninger samt sygdommens karakter. Jobcentre skal også tilrettelægge en indsats over for borgerne, bl.a. i form af tilbud. Indsatsen skal så vidt muligt være arbejdspladsbaseret med fokus på gradvis tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Figur 3 viser, hvilken indsats en sygemeldt borger på henholdsvis sygedagpenge og i jobafklaringsforløb skal have ifølge sygedagpengeloven og LAB-loven.

Figur 3
Jobcentrenes indsats over for sygemeldte borgere på sygedagpenge eller i jobafklaringsforløb



Kilde: Rigsrevisionen.

Som det fremgår af figur 3, er der på tværs af både sygedagpenge- og jobafklaringsforløb en række krav til løbende samtaler, planer og tilbud.

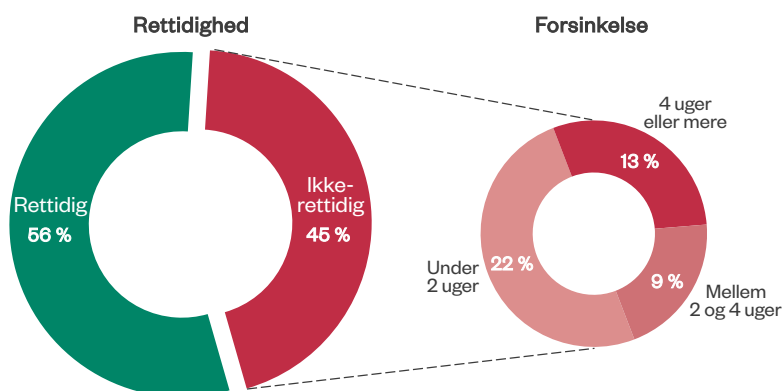
Samtaler og rehabiliteringsmøde

21. Intentionen med sygedagpengereformen var bl.a. at sikre en tidlig indsats efter sygemelding. Derfor skal jobcentrene ifølge sygedagpengeloven følge op på sygedagpengemodtageren senest inden udgangen af 8. uge regnet fra første fraværsdag. Efter den første opfølgningssamtale skal jobcentrene afholde opfølgningssamtaler mindst hver 4. uge. Vi har undersøgt, om jobcentrene lever op til lovens krav om opfølgningssamtaler.

Vores undersøgelse viser, at jobcentrene i 45 % af forløbene ikke har levet op til lovens krav om en første opfølgningssamtale inden for 8 uger. I knap halvdelen af forløbene er forsinkelsen på 4 uger eller mere.

Undersøgelsen viser videre, at jobcentrene ikke sikrer, at borgerne får de lovpligtige opfølgningssamtaler hver 4. uge. Figur 4 viser rettidigheden af de 4 første samtaler.

Figur 4
Rettidighed af opfølgningssamtaler for borgere på sygedagpenge



Note: n=570. Tallene summerer ikke til 100 % på grund af afrunding.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Som det fremgår af figur 4, så har jobcentrene i knap halvdelen af forløbene ikke afholdt de første 4 opfølgningssamtaler rettidigt. 13 % af alle de ikke-rettidige samtaler er forsinket 4 uger eller mere.

Der går i gennemsnit 50 dage mellem hver opfølgningssamtale – altså over 7 uger – på tværs af alle opfølgningssamtaler for borgere i sygedagpengeforløb. Dette skal sammenholdes med, at jobcentret som nævnt er forpligtet til at følge op hver 4. uge.

Kravet til opfølgningssamtaler er ændret pr. 1. januar 2020, så jobcentret skal afholde 4 samtaler inden for de første 6 måneder af borgerens sygedagpengeforløb. Undersøgelsen viser, at jobcentret for 21 % af de sygemeldte borgere, der har forløb på mindst 6 måneder, ikke afholder 4 samtaler inden for 6 måneder, som de ville skulle ifølge lovens nuværende krav.

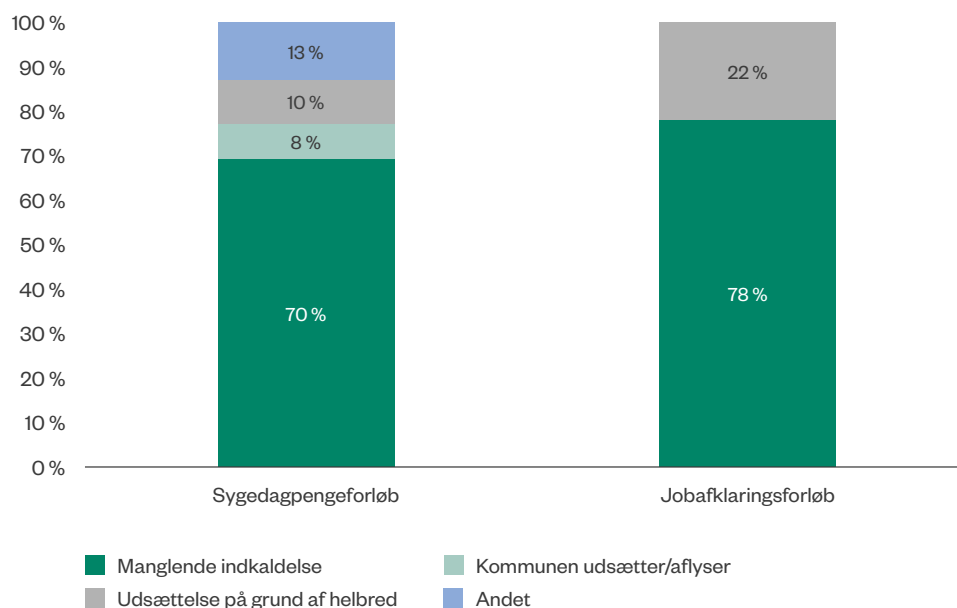
22. Jobcentrene skal ifølge LAB-loven behandle borgerens sag i rehabiliteringsteamet senest 4 uger efter overgangen til et jobafklaringsforløb eller 4 uger efter det tidspunkt, hvor jobcentret har truffet afgørelse om et jobafklaringsforløb. Under jobafklaringsforløbet skal der ifølge LAB-loven holdes individuelle samtaler løbende og tilpasset den enkeltes behov, men mindst 6 gange inden for 12 kalendermåneder.

23. Undersøgelsen viser, at jobcentrene i 71 % af jobafklaringsforløbene ikke afholder rehabiliteringsmøderne inden for lovens frister. I godt 70 % af sagerne udgør forsinkelsen 4 uger eller mere. Dermed venter borgeren mere end dobbelt så lang tid, end hvad loven tilsiger.

I forhold til de løbende samtaler viser undersøgelsen, at 24 % af de borgere, der har et forløb på mindst 12 måneder, ikke får 6 samtaler inden for 12 måneder, som de skal ifølge loven.

24. Figur 5 viser årsagerne til, at samtaler med borgere på sygedagpenge og i jobafklaringsforløb ikke afholdes inden for lovens frister.

Figur 5
Årsager til forsinkede samtaler i sygedagpenge- og jobafklaringsforløb



Note: Sygedagpengeforløb: n=240. Jobafklaringsforløb: n=9.

Kategorien "Andet" omfatter manglende fremmøde, udsættelse på grund af personlige forhold og andet.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Det fremgår af figur 5, at den primære årsag til, at samtalerne ikke holdes inden for lovens frister, er, at jobcentrene ikke indkalder borgeren til en samtale eller udskyder samtalerne. Derudover skyldes det i 10 % af sygedagpengeforløbene og 22 % af jobafklaringsforløbene, at borgeren helbredsmæssigt er for dårlig til at deltage i samtalen, hvilket er en legitim årsag ifølge lovgivningen.

Lovgivningskrav til fyldestgørende Min Plan

- klart jobmål
- plan, herunder aktiviteter og indsatser, for at komme tættere på arbejdsmarkedet
- aftaler med jobcenter.

Lovgivningskrav til fyldestgørende rehabiliteringsplan

- beskæftigelses- eller uddannelsesmål
- delmål for indsatsen
- konkrete tilbud
- løbende opfølgning.

Planer

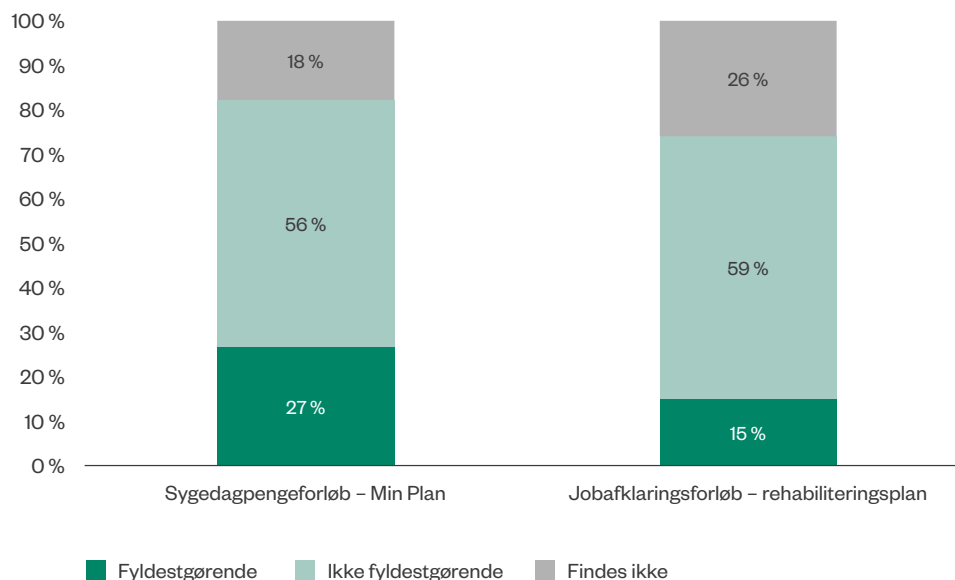
25. Jobcentret skal ifølge sygedagpengeloven indgå en aftale med den sygemeldte borger om beskæftigelsesmål og beskæftigelsesindsats ved første opfølgningssamtale på sygedagpenge. Aftalen skal indgå i den sygemeldtes Min Plan. Planen skal ifølge LAB-loven være så overskuelig, at den sygemeldte umiddelbart kan danne sig et samlet overblik over egen situation, herunder de aktiviteter og tilbud, som er aftalt med sagsbehandleren.

Sagsbehandleren skal tilsvarende ifølge LAB-loven udarbejde en rehabiliteringsplan, der indeholder et konkret mål og en plan for de tværfaglige indsatser for borgeren i jobafklaringsforløbet. Planen skal opdateres, når der sker en udvikling i borgerens forløb.

26. Vi har undersøgt, om jobcentrene lever op til lovgivningens krav om at udarbejde Min Plan og rehabiliteringsplaner. Desuden har vi med udgangspunkt i LAB-lovens krav til indholdet i planerne undersøgt, om de er fyldestgørende.

Vores undersøgelse viser, at størstedelen af både Min Plan og rehabiliteringsplanerne enten slet ikke er udarbejdet eller ikke er fyldestgørende i forhold til de krav, der følger af loven. Figur 6 viser, i hvilken udstrækning jobcentrene efterlever lovkravet.

Figur 6
Jobcentrenes udarbejdelse af planer



Note: Sygedagpengeforløb: n=165. Jobafklaringsforløb: n=61.

Tallene summerer ikke til 100 % på grund af afrunding.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Det fremgår af figur 6, at 27 % af Min Plan og 15 % af rehabiliteringsplanerne er fyldestgørende. Således har jobcentret for henholdsvis 74 % og 85 % af borgerne enten ikke udarbejdet eller ikke i tilstrækkeligt omfang udfyldt Min Plan eller rehabiliteringsplanen. Undersøgelsen viser hertil, at Min Plan for borgere på sygedagpenge typisk mangler det konkrete jobmål, der skal være styrende for jobcentrets indsats.

Undersøgelsen viser også, at der gennemsnitligt går 78 dage, fra rehabiliteringsmødet afholdes, til der er udarbejdet en rehabiliteringsplan for borgeren. Det betyder, at der ikke er en konkret plan for borgeren før gennemsnitligt 2,5 måneder efter rehabiliteringsmødet.

Tilbud

27. Borgere på sygedagpenge, der forventes sygemeldt i over 8 uger, skal ifølge sygedagpengeloven i udgangspunktet have en arbejdspladsbaseret indsats, hvilket indebærer gradvis tilbagevenden til arbejde, tilbud om virksomhedspraktik eller tilbud om ansættelse med løntilskud. Indsatsen skal tilpasses den enkeltes forudsætninger, behov og helbredstilstand. Hvis den sygemeldte er i et ansættelsesforhold, skal der ifølge sygedagpengeloven så vidt muligt indgås en aftale om gradvis tilbagevenden til arbejde – en såkaldt delvis raskmelding. Jobcentret kan som supplement til den arbejdspladsbaserede indsats give tilbud om vejledning og opkvalificering eller tilbud om aktiviteter, der kan stabilisere og forbedre personens fysiske, psykiske og sociale tilstand.

En borger i jobafklaringsforløb skal ifølge LAB-loven have en individuelt tilpasset, tværfaglig og helhedsorienteret indsats. Jobafklaringsforløbet kan bestå af tilbud efter LAB-loven eller efter anden lovgivning.

28. Vi har undersøgt, i hvilket omfang borgerne modtager tilbud, og om disse er arbejdspladsbaserede.

Undersøgelsen viser, at 35 % af borgerne på sygedagpenge får 0 tilbud, mens 20 % af borgerne i jobafklaringsforløb får 0 tilbud. I opgørelsen af tilbud indgår delvis raskmelding. Tabel 1 viser årsagerne til, at disse borgere får 0 tilbud.

Tabel 1
Årsager til 0 tilbud

	Borgere på sygedagpenge	Borgere i jobafklaringsforløb
Årsag til manglende tilbud er ikke dokumenteret	40 %	25 %
Borgerens helbredssituation	40 %	33 %
Udsættelse på grund af personlige forhold eller andet	20 %	-
Korte forløb	-	42 %

Note: Sygedagpengeforløb: n=63. Jobafklaringsforløb: n=12.

42 % af borgere i jobafklaringsforløb med 0 tilbud har korte forløb, hvilket vi vurderer kan være årsagen til, at de ikke har fået tilbud.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Delvis raskmelding

En delvis raskmelding betyder, at borgeren arbejder på nedsat tid. Borgeren modtager løn for arbejdstiden og sygedagpenge for den resterende tid. Hvis man får fuld løn under sygdom, modtager arbejdsgiveren refusion svarende til det, som borgeren ville have modtaget i sygedagpenge, hvis ikke borgeren havde ret til løn under sygdom.

Det fremgår af tabel 1, at for 40 % af borgerne på sygedagpenge er årsagen til de manglende tilbud ikke dokumenteret. Derudover er 40 % begrundet i borgerens helbredssituation. Tabellen viser videre, at for de borgere i jobafklaring, der får 0 tilbud, er årsagen ikke dokumenteret i 25 % af tilfældene. 33 % af de manglende tilbud skyldes udsættelse på grund af borgerens helbredssituation.

Undersøgelsen viser desuden, at jobcentrene ikke fuldt ud lever op til sygedagpenge-reformens intention om at give en arbejdspladsbaseret indsats. For de borgere, der har fået et tilbud, har vi undersøgt de 3 første tilbud, som borgeren har modtaget, samt en eventuel delvis raskmelding. Ca. 1/3 af tilbuddene på sygedagpenge- og jobafklaringsforløb har karakter af vejledning og opkvalificering og er således ikke arbejdspladsbaserede. Henholdsvis 43 % og 36 % af de registrerede tilbud under sygedagpengeforløb og jobafklaringsforløb er virksomhedspraktik eller delvis raskmelding, som er arbejdspladsbaserede tilbud.

29. Det er også en intention med sygedagpengereformen, at borgerne skal have en tidlig indsats i sygdomsforløbet. Vi har derfor undersøgt, i hvilket omfang jobcentrene iværksætter en tidlig indsats i form af tilbud.

Tabel 2 viser, at der gives færre tilbud på de kortere forløb, hvilket gør sig gældende både for sygedagpenge og jobafklaring. Det kan indikere, at tilbud gives sent i forløbene, og at der ikke igangsættes en tidlig indsats.

Tabel 2
Borgere med 0 tilbud i henholdsvis sygedagpenge- og jobafklaringsforløb

	Sygedagpengeforløb		Jobafklaringsforløb	
	22 uger eller mindre	Over 22 uger	under 7 måneder	7 måneder eller mere
0 tilbud	45 %	33 %	44 %	9 %

Note: Sygedagpengeforløb 22 uger eller mindre: n=48. Sygedagpengeforløb over 22 uger: n=15.
Jobafklaringsforløb under 7 måneder: n=8. Jobafklaringsforløb på 7 måneder eller mere: n=4.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Boks 1 giver et eksempel på en borger, der modtager O tilbud og en Min Plan, der ikke er fyldestgørende og ikke opdateres under forløbet, hvilket den skal ifølge loven.

Boks 1

Case med manglende tilbud og en Min Plan, der ikke er fyldestgørende

En borger i 30'erne med en mellemlang videregående uddannelse sygemeldes med depressive symptomer. Af borgerens Min Plan fremgår intet konkret jobmål. I stedet nævnes det, at "borger skal raskmeldes til A-kasse". Ved næste samtale drøftes videre skridt i sagen, eventuelt praktikforløb. Men i forhold til aftale står blot: "Der er tale om KORTVARIG SYGEMELDING, hvorfor der vil være fokus på raskmelding/virksomhedsplacering og kontakt til A-kasse." Jobcentret giver således ikke tilbud om fx praktik, og formuleringerne står uændret i Min Plan under hele sygedagpengeforløbet. De manglende tilbud til borgeren begrundes ikke på sagen. Ved udløbet af sygedagpenge i 22. uge overgår borgeren til SU, men sygemeldes igen efter et halvt år.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Arbejdsgiverkontakt

30. Jobcentrene skal ifølge sygedagpengeloven så vidt muligt inddrage en borgers arbejdsgiver og informere arbejdspladsen om relevante initiativer, som jobcentret iværksætter, fx virksomhedspraktik. Konkret skal jobcentret ifølge loven tage kontakt til arbejdsgiver i forbindelse med den første opfølgningssamtale og gå i dialog om muligheden for, at den sygemeldte kan vende helt eller delvist tilbage til arbejdspladsen. Jobcentret kan dog undlade at kontakte arbejdspladsen, fx hvis sygdommen medfører et længerevarende sygdomsforløb, eller hvis den sygemeldte forventes tilbage på fuld tid inden for 13 uger regnet fra første samtale.

Hvis en person i jobafklaringsforløb er i et ansættelsesforhold, så skal forløbet ifølge LAB-loven tilrettelægges med fokus på hurtigst mulig tilbagevenden til jobbet og med inddragelse af arbejdsgiveren.

31. Vi har undersøgt, i hvilket omfang jobcentrene tager kontakt til borgerens arbejdsgiver.

Undersøgelsen viser, at jobcentrene i begrænset omfang tager kontakt til borgerens arbejdsgiver både for borgere på sygedagpenge og i jobafklaring. Jobcentret har ikke kontakt til arbejdsgiveren for 41 % af de borgere på sygedagpenge, som har en arbejdsgiver ved første opfølgningssamtale. Den manglende kontakt er ikke begrundet med reference til relevante undtagelsesbestemmelser. I opgørelsen har vi medregnet al kontakt til arbejdsgiveren under hele borgerens forløb, herunder bl.a. møder, telefonisk kontakt, informationsbreve og breve vedrørende arbejdsgiverens mulighed for partshøring.

Undersøgelsen viser desuden, at jobcentrene ikke har kontakt til arbejdsgiver for hovedparten af de få borgere, der ved overgangen til jobafklaringsforløb fortsat har en arbejdsgiver.

Resultater

Undersøgelsen viser, at jobcentrene ikke lever op til beskæftigelseslovgivningens krav til opfølgning og tilbud til borgerne.

45 % af borgerne på sygedagpenge får ikke den lovpligtige første opfølgningssamtale inden udgangen af 8. fraværsuge og heller ikke rettidig opfølgning derefter. Tilsvarende afholdes 45 % af de 4 første opfølgningssamtaler med borgere på sygedagpenge ikke inden for lovens frister. Undersøgelsen viser videre, at jobcentrene for 21 % af borgerne heller ikke lever op til det nuværende lovkrav om, at borgere med forløb på mindst 6 måneder skal have 4 samtaler inden for det første halve år.

Jobcentrene har i 71 % af jobafklaringsforløbene ikke sikret, at rehabiliteringsmøderne, som skal danne baggrund for planlægningen af indsatsen for borgeren, afholdes inden for lovens frister. For 24 % af borgerne opfylder jobcentrene desuden ikke lovkravet om 6 samtaler inden for 12 måneder.

Den primære årsag til de manglende samtaler er, at jobcentret ikke indkalder i tide. Det gør sig gældende for 70 % af borgerne på sygedagpenge og 78 % af borgerne i jobafklaringsforløb.

Undersøgelsen viser videre, at jobcentrene for henholdsvis 74 % af borgerne på sygedagpenge og for 85 % af borgerne i jobafklaringsforløb enten ikke har udarbejdet eller ikke i tilstrækkeligt omfang har udfyldt Min Plan eller rehabiliteringsplanen. Hovedparten af Min Plan mangler jobmål, der skal være styrende for jobcentrets indsats. Derudover viser undersøgelsen, at der gennemsnitligt går 2,5 måneder, fra rehabiliteringsmødet afholdes, til der er udarbejdet en rehabiliteringsplan for borgeren.

Undersøgelsen viser ydermere, at 35 % af borgerne på sygedagpenge får 0 tilbud, mens det samme gør sig gældende for 20 % af borgerne i jobafklaringsforløb. Årsagen til de manglende tilbud er ikke dokumenteret for 40 % af borgerne på sygedagpenge og for 25 % af borgerne i jobafklaring. Når jobcentret giver tilbud, så sker det sjældnere til borgere med korte forløb, hvilket indikerer, at jobcentrene ikke sikrer en tidlig indsats. Henholdsvis 43 % og 36 % af de registrerede tilbud under sygedagpengeforløb og jobafklaringsforløb er virksomhedspraktik eller delvis raskmelding, som er arbejdspladsbaserede tilbud. Jobcentrenes indsats lever således ikke fuldt ud op til sygedagpengereformens intention om en tidlig og arbejdspladsbaseret indsats.

Endelig viser undersøgelsen, at der er begrænset kontakt med borgerens arbejdsgiver under sygedagpengeforløbet. Jobcentret har ikke kontakt til arbejdsgiveren for 41 % af de borgere på sygedagpenge, som har en arbejdsgiver ved første opfølgningssamtale. Jobcentrene har heller ikke kontakt til arbejdsgiver for hovedparten af de få borgere, der ved overgangen til jobafklaringsforløb fortsat har en arbejdsgiver.

2.2. Beskæftigelsesministeriets opfølgning på jobcentrenes indsats

32. Beskæftigelsesministeriet er som en del af sit tilsyn forpligtet til at følge op på jobcentrenes indsats. Vi har derfor undersøgt, i hvilket omfang ministeriet har fulgt op på, om jobcentrene efterlever kravene til den beskæftigelsesrettede indsats. Vi har ligeledes undersøgt, i hvilken udstrækning ministeriet har taget konkrete initiativer til at understøtte jobcentrenes indsats for undersøgelsens målgruppe.

33. Undersøgelsen viser, at Beskæftigelsesministeriet i perioden 2014-2020 har udarbejdet en række analyser af jobcentrenes indsats i forhold til borgere på sygedagpenge og i jobafklaringsforløb. Ministeriet har derfor haft viden om, at jobcentrene på flere områder ikke lever op til lovens krav. Det gælder bl.a. i forhold til forsinkede samtaler og rehabiliteringsmøder, begrænset inddragelse af arbejdsgivere og mangelfulde planer.

I 2016 viste opstartsevalueringen af sygedagpengereformen, at der var forsinkelser i forhold til afholdelse af første samtale, og at der i 3 ud af 4 sager ikke havde været direkte kontakt mellem arbejdsplads og jobcenter. Samme år viste Ankestyrelsens praksisundersøgelse, at jobcentrene i ca. halvdelen af sygedagpengesagerne undlod at inddrage arbejdsgivere i opfølgingsarbejdet. I 2017 foretog Beskæftigelsesministeriet en evaluering af jobafklaringsforløb, som viste, at 71 % af sagerne først blev behandlet i rehabiliteringsteamet mere end 4 uger efter overgang til jobafklaring, hvilket ikke er i overensstemmelse med loven. Året efter viste en evaluering af rehabiliteringsteams og den tværfaglige indsats, at flere kommuner udarbejdede mangelfulde indsatsplaner, og at der var stor variation i, hvor hurtigt kommunerne igangsatte indsatser.

Beskæftigelsesministeriet har senest i 2020 taget initiativ til en fokusrevision. Fokusrevisionen viste, at kommunerne i 72 % af sagerne ikke lever op til lovkravet om at afholde rehabiliteringsmøder senest 4 uger efter overgang til jobafklaringsforløb, samt at der i 47 % af sagerne går over 8 uger fra ydelsesstart til møde i rehabiliteringsteamet. Fokusrevisionen viste også, at kommunerne i 32 % af sagerne ikke lykkedes med at afholde de 6 lovpligtige opfølgningssamtaler. Ministeriet har således også via fokusrevisionen kendskab til en række af de problemstillinger, som Rigsrevisionen peger på bl.a. i afsnit 2.1.

34. Beskæftigelsesministeriet har reageret på denne viden ved at iværksætte en række projekter med deltagelse af kommuner på frivillig basis. Ministeriet har i forlængelse af sygedagpengereformen og gennem satspuljer fx fået bevilliget midler til at gennemføre såkaldte IPS-projekter rettet mod bl.a. gruppen af sygemeldte borgere med psykiske lidelser.

Fokusrevision

Formålet med en fokusrevision er at opnå viden om, hvorvidt kommunerne forvalter en særlig del af beskæftigelsesindsatsen i overensstemmelse med lovgivningen og Folketingets intentioner.

Det er Beskæftigelsesministeriet, der gennemfører fokusrevisioner.

IPS (Individuelt Planlagt job med Støtte)

IPS er en metode med fokus på, at borgerne skal hurtigt ind på arbejdsmarkedet og tilbydes støtte, mens de er på arbejdsmarkedet. I IPS-projekter tilbyder man således en kombineret sundheds- og beskæftigelsesindsats for borgere med psykiske lidelser.

Projekt IBBIS

Projekt IBBIS arbejder med IPS-metoden. IBBIS er en integreret sundhedsfaglig og beskæftigelsesrettet indsats til sygemeldte borgere med angst, depression, stress, udbrændthed og tilpasningsreaktioner. Formålet er at få borgeren godt tilbage på arbejdsmarkedet.

I perioden 2011-2017 har Beskæftigelsesministeriet således finansieret Projekt Inklusion. Projekt Inklusion er 2 kliniske, randomiserede forsøg med den beskæftigelsesrettede indsats IPS (Individuelt Planlagt job med Støtte). Resultaterne herfra viser, at der er evidens for samfundsøkonomiske besparelser ved en sammenhængende indsats mellem behandlingssystemet og jobcentrene. Ministeriet har i nogen udstrækning videreformidlet denne viden til jobcentrene. Jobcentrene kan i dag frit iværksætte IPS-projekter inden for den gældende lovgivning, og en række kommuner og regioner arbejder aktuelt med IPS-metoden.

Beskæftigelsesministeriet har senest igangsat et såkaldt IBBIS-projekt, der tager udgangspunkt i IPS-metoden. Foreløbige evalueringer af IBBIS-projektet viser positive resultater i forhold til beskæftigelse, helbred og tilfredshed ved en sammenhængende indsats mellem behandlingssystemet og jobcentrene, også for borgere med relativt mildere psykiske lidelser. Metoden fra IBBIS-projektet er dog endnu ikke blevet udbredt. Ministeriet afventer de endelige projektresultater, og en egentlig udbredelse vil ifølge ministeriet kræve en justering af beskæftigelseslovgivningen.

I tilknytning til ovenstående har Beskæftigelsesministeriet gennemført projekt *Sammen om Fastholdelse*, hvor 19 kommuner også på frivillig basis har afprøvet en særlig indsatsmodel for sygedagpengemodtagere.

Beskæftigelsesministeriet har endelig som led i sin løbende opfølgning udgivet en række vejledninger til jobcentermedarbejdere om centrale elementer i sygedagpengereformen og om borgere med psykiske lidelser samt en vejledning om jobafklaringsforløb. Ligeledes bliver data for kommunernes indsats løbende lagt på jobindsats.dk, bl.a. de såkaldte jobcenterindblikrapporter.

Vores undersøgelse viser imidlertid, at jobcentrene fortsat ikke sikrer borgerne den lovpligtige opfølgning og tilbud. Først fra 2021 har Beskæftigelsesministeriet taget mere indgribende værktøjer i brug over for kommuner, der ikke overholder loven.

Beskæftigelsesministeriet har således oplyst, at ministeriet fra august 2021 har implementeret en systematisk opfølgning på den tidlige lovpligtige indsats i kommunerne. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings (STAR) regionale arbejdsmarkedskontorer har sendt indskærpene breve til 37 kommuner, som i 3 sammenhængende måneder har haft mere end 20 % borgere, som ikke har fået de lovpligtige samtaler under sygedagpengeforløbet. Opfølgningen skulle have været iværksat i 2020, men er blevet udsat på grund af COVID-19.

Fra 2022 introducerer Beskæftigelsesministeriet ligeledes skærpet tilsyn. Kommuner, der ikke lever op til udvalgte mål, vil blive udtaget til skærpet tilsyn. Med det skærpede tilsyn stilles krav om, at kommunerne udarbejder en redegørelse samt en genopretningsplan for, hvordan kommunerne sikrer, at borgerne modtager en indsats, der er i overensstemmelse med intentionerne i lovgivningen. Herudover foretages en ekstern gennemgang af 15 % af sagerne for de målgrupper, hvor kommunerne ikke lever op til de givne mål.

Resultater

Undersøgelsen viser, at Beskæftigelsesministeriet har fulgt den beskæftigelsesrettede indsats for borgerne gennem flere analyser siden sygedagpengereformen i 2014. Ministeriet har dermed haft viden om mangler i indsatsen gennem hele undersøgelsesperioden.

Undersøgelsen viser videre, at Beskæftigelsesministeriet har reageret på denne viden ved at iværksætte en række projekter for at forbedre indsatsen over for borgere med psykiske lidelser, herunder IPS-projekter. Udvalgte kommuner har på frivillig basis deltaget i projekterne. De foreløbige resultater af ministeriets arbejde med IPS-projekter viser, at der er evidens for samfundsøkonomiske besparelser ved en sammenhængende indsats. Jobcentrene kan i dag frit iværksætte IPS-projekter inden for den gældende lovgivning.

Jobcentrene sikrer dog fortsat ikke borgerne den lovpligtige opfølgning og tilbud. Beskæftigelsesministeriet har først fra august 2021 taget mere indgribende værktøjer i brug over for kommuner, der ikke overholder loven. Dette til trods for, at ministeriet har haft viden om problemerne i en årrække.

3. Koordinering af indsatserne



Delkonklusion

Regionerne har i utilfredsstillende grad sikret, og Beskæftigelsesministeriet har i utilfredsstillende grad understøttet, at psykiatrien og jobcentrene koordinerer indsatsen, så borgerne hurtigst muligt vender tilbage til arbejdsmarkedet.

Regionerne har haft viden om, at psykiatrien ikke sikrer koordination og sammenhæng med jobcentrenes indsats, herunder viden om problemer i forhold til den digitale understøttelse af informationsudvekslingen. Flere regioner har iværksat konkrete, regionale tiltag med henblik på at imødegå problemet, men det er endnu ikke løst. Beskæftigelsesministeriet har ikke undersøgt koordineringen mellem jobcentrene og psykiatrien specifikt. Ministeriet har taget enkelte initiativer til at understøtte tværsektoriel sammenhæng, men har ikke løst problemerne.

Undersøgelsen viser, at psykiatrien og jobcentrene ikke i tilstrækkelig grad koordinerer indsatsen. For 86 % af borgerne på sygedagpenge og for 75 % af borgerne i jobafklaringsforløb har jobcentret ikke taget direkte kontakt til psykiatrien, og omvendt har psykiatrien ikke taget direkte kontakt til jobcentrene i 72 % af forløbene. Tilsvarende benytter psykiatrien og jobcentrene i begrænset omfang de redskaber, som er givet ved lov, og som de har til rådighed i forhold til at sikre oplysning, koordination og sammenhæng, bl.a. udskrivningsmentorer. Selv om borgere, der har været psykiatrisk indlagt, har ret til en udskrivningsmentor, så tilbydes blot ¼ af alle indlagte borgere en udskrivningsmentor.

Det redskab, jobcentrene hyppigst anvender, er lægeattester. Jobcentrene anmoder om lægeattester fra psykiatrien gennemsnitligt 18,5 uger efter, at borgeren er opstartet på sygedagpenge. Det er sent i forløbet, hvilket betyder, at jobcentrene har ringe mulighed for at tilrettelægge indsatsen inden for de 22 uger under hensyn til psykiatriens indsats. Lægeattesterne bruges således primært i forbindelse med, at jobcentret skal træffe afgørelse om borgerens ydelse. Hertil kommer, at psykiatrien returnerer knap 3/4 af lægeattesterne for sent i forhold til aftalte tidsfrister, og mere end hver fjerde attest er forsinket 5 uger eller mere. Undersøgelsen viser, at manglende digital understøttelse af informationsudvekslingen kan være en medvirkende årsag til, at attesterne er længe undervejs.

8 ud af 10 sygemeldte borgere i undersøgelsens målgruppe har sygedagpengeforløb, som er længere end 22 uger. Kun 1/3 er i beskæftigelse 6 måneder efter endt jobcenterforløb. Sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien kommer sjældnere i beskæftigelse, efter de har afsluttet deres jobcenterforløb, end sygemeldte borgere uden forløb i psykiatrien. Det medfører øgede udgifter for kommunen og staten, fordi de udbetaler sygedagpenge i en længere periode.

35. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne har sikret og Beskæftigelsesministeriet understøttet, at psykiatrien og jobcentrene koordinerer indsatsen, så borgerne hurtigst muligt vender tilbage til arbejdsmarkedet. Vi har undersøgt, i hvilket omfang psykiatrien og jobcentrene har direkte kontakt med henblik på at koordinere deres indsatser, samt hvordan psykiatrien og jobcentrene anvender de redskaber, som de har til rådighed i forhold til at oplyse, koordinere og skabe sammenhæng i borgerens forløb, herunder brug af udskrivningsmentorer og lægeattester. Vi har videre undersøgt, hvordan bl.a. psykiatrien og jobcentrene udveksler informationer, og om regionerne og Beskæftigelsesministeriet har henholdsvis sikret og understøttet, at det sker på et effektivt grundlag, dvs. uden væsentlige barrierer som fx tunge administrative sagsgange. Fokus er således på den tværsektorielle koordinering mellem psykiatrien og jobcentrene om sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien og ikke på den tværsektorielle koordinering mellem kommuner og regioner generelt. Endelig har vi undersøgt, om myndighederne indfrier målsætningerne for beskæftigelsesindsatsen, herunder om sygemeldte borgere vender tilbage til arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt i overensstemmelse med intentionen med sygedagpengeloven.

3.1. Jobcentrenes og psykiatriens koordinering af indsatserne

36. Jobcentrene skal ifølge bekendtgørelse af lov om sygedagpenge og LAB-loven oplyse en borgers sag med henblik på at kunne tilrettelægge indsatsen under hensyn til indsatsen fra andre. Jobcentret skal bl.a. koordinere indsatsen i forhold til virksomheder, læger og det øvrige sundhedssystem, så indsatsen bliver så helhedsorienteret og sammenhængende som muligt. Vi lægger derfor til grund, at en sammenhængende indsats indebærer, at jobcentret udveksler informationer og koordinerer med psykiatrien inden for de rammer, der er givet af loven. Desuden skal jobcentret løbende vurdere, om borgeren er berettiget til ydelsen. Til brug for denne vurdering er bl.a. helbredsoplysninger relevante.

Psykiatrien skal tilsvarende efter behov orientere og inddrage jobcentrene i borgerens behandlingsforløb med henblik på at sikre sammenhæng, jf. sundhedsaftaler, forløbsprogrammer og interne retningslinjer.

Både jobcentrene og psykiatrien har en fast praksis for at kortlægge henholdsvis borgernes behandlingssituation og arbejdsmæssige situation ved opstart og har deraf kendskab til samtidige forløb. Region Hovedstaden har som den eneste region (med en overordnet samarbejdsaftale for voksne med en psykisk sygdom) en fast procedure for, *hvornår* regionen skal kontakte kommunen, herunder jobcentret, for at koordinere indsatsen. Region Syddanmark har tidligere haft en lignende procedure for udvalgte målgrupper i samarbejde med udvalgte kommuner. De øvrige regioners aftaler, programmer og retningslinjer specificerer ikke, *hvornår* kommunikation skal finde sted. Det beror i stedet på et konkret, individuelt skøn. Region Midtjylland oplyser fx, at regionen ikke systematisk orienterer jobcentrene om en borgers behandlingsforløb, men at der på tværs af region og kommuner er en fælles opmærksomhed på, at også beskæftigelsesområdet har en væsentlig opgave i forhold til borgere med psykisk sygdom.

I 2019 blev der dog indført en ændring i bekendtgørelse om en aktiv beskæftigelsesindsats, hvor det blev specificeret, at regionen skal orientere jobcentret om borgerens udskrivning og tidspunktet herfor (§ 125, stk. 2). Fra 2019 har der således været et konkret lovkrav om, at psykiatrien skal kontakte jobcentrene ved udskrivning.

Vi har på den baggrund undersøgt, om jobcentrene og psykiatrien anvender de redskaber, som de har til rådighed i forhold til at sikre oplysning, koordination og sammenhæng. Det drejer sig om den direkte kontakt gennem fx mail, telefon og møder, men også om redskaber, der er givet ved lov, som fx udskrivningsmentorer og lægeattester. Den direkte kontakt er ikke nødvendigvis kontinuerlig eller gentagen. I vores opgørelse indgår således antallet af enkeltstående kontakter. Ydermere sker brugen af de nævnte redskaber ikke nødvendigvis på bestemte tidspunkter i borgerens forløb.

Netværksmøder

Ved netværksmøder forstår vi møder, hvor der deltager fagpersoner fra min. 3 forskellige områder. Det kan fx være et møde mellem psykiatri, jobcenter og socialforvaltning. Enkelte regioner har oplyst, at de opererer med en definition af netværksmøder, som ikke skeler til antallet af deltagere.

Ordinær mentor

Ifølge LAB-loven kan jobcentret bevilge mentorstøtte med henblik på at fremme, at en person kan opnå eller fastholde aktiviteter, tilbud, ordinær uddannelse, ansættelse i fleksjob eller ordinær ansættelse. Mentorstøtte er en personlig støtte, og kontaktformen er fleksibel. Således kan mentoren løbende mødes med personen, fx hjemme hos personen eller i forbindelse med en aktivitet.

Jobcentrenes og psykiatriens direkte kontakt

37. Vi har undersøgt den direkte kontakt mellem jobcentrene og psykiatrien, der typisk foregår via mail, telefon og møder (herunder netværksmøder). Information fra lægeattester indgår ikke i denne opgørelse, men behandles selvstændigt. Vores undersøgelse viser, at jobcentrene for 86 % af borgerne på sygedagpenge ikke har taget direkte kontakt til psykiatrien. For 8 % af borgerne har jobcentret taget kontakt til psykiatrien en enkelt gang. For jobafklaringsforløb tegner der sig et lignende billede. For 75 % af borgerne har jobcentret ikke taget direkte kontakt til psykiatrien under jobafklaringsforløbet.

Undersøgelsen viser desuden, at jobcentret hyppigere har taget kontakt til psykiatrien i de tilfælde, hvor en borger i jobafklaringsforløb har en ordinær mentor. I vores undersøgelse har 31 % af borgerne i jobafklaringsforløb en ordinær mentor. Når en borger er tildelt en sådan, har jobcentret taget direkte kontakt til psykiatrien i 42 % af forløbene, mens det kun gælder 17 % af forløbene, når en borger ikke er tildelt en mentor. Undersøgelsen tager dog ikke højde for, at der naturligt vil være en selektion i, hvem der får tildelt en mentor.

38. Vores undersøgelse viser, at psykiatrien i 72 % af alle borgerforløb ikke har taget direkte kontakt til jobcentret. Psykiatrien har taget kontakt til jobcentret mindst én gang på et eller andet tidspunkt i 28 % af forløbene. Kontakten kan være i forbindelse med opstart eller afslutning af forløb eller undervejs i behandlingsforløbet.

Forelagt disse resultater har Region Hovedstaden oplyst, at regionen i samarbejde med de kommunale socialforvaltninger har udviklet et koncept for netværksmøder og har fokus på at invitere jobcentrene til at deltage i disse. De oplever dog ofte, at jobcentrene ikke deltager.

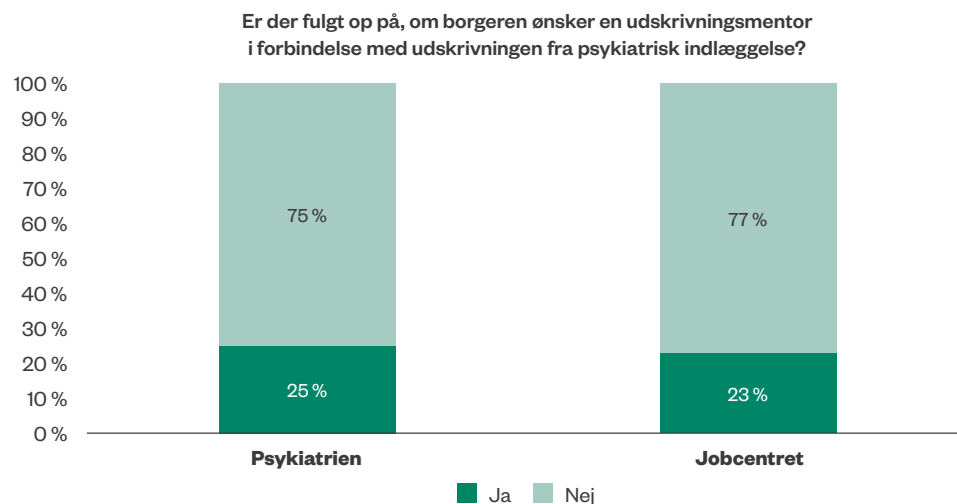
39. Vores undersøgelse viser, at manglende samtykke ikke kan forklare, hvorfor jobcentrene og psykiatrien i meget begrænset omfang kontakter hinanden angående borgerens forløb. I 12 % af forløbene foreligger et negativt samtykke til udveksling af oplysninger mellem myndighederne. Disse 12 % indgår ikke i ovenstående analyser.

Jobcentrenes og psykiatriens brug af udskrivningsmentorer

40. Der findes som nævnt enkelte redskaber til at understøtte sammenhængende forløb, der er givet ved lov. Et af disse redskaber er udskrivningsmentoren, jf. LAB-loven § 31b, stk. 2. Når en borger udskrives fra en psykiatrisk indlæggelse og modtager en ydelse efter LAB-loven, så har borgeren ret til en udskrivningsmentor. Vi har derfor undersøgt, om indlagte borgere får tilbudt en udskrivningsmentor. Retten til en udskrivningsmentor fremgår som nævnt af beskæftigelseslovgivningen, men det er psykiatrien, der har direkte kontakt til borgeren under indlæggelse og har overblik over borgerens udskrivning. Vi har ofte i praksis set, at det er psykiatrien, der indleder dialogen med borgeren om en udskrivningsmentor. Vi har derfor undersøgt, i hvilken udstrækning henholdsvis psykiatrien og jobcentrene følger op på, om borgeren ønsker en udskrivningsmentor.

41. I vores stikprøve er der 63 borgere, der er i målgruppen for en udskrivningsmentor. Figur 7 viser, om psykiatrien og jobcentrene har fulgt op på, om borgeren ønsker en udskrivningsmentor, jf. borgerens ret til at få tilbudt en sådan ifølge LAB-loven.

Figur 7
Brug af udskrivningsmentor



Note: Psykiatrien: n=63. Jobcenter: n=71.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Det fremgår af figur 7, at psykiatrien har fulgt op på, om borgeren ønsker en udskrivningsmentor for 25 % af alle indlagte i målgruppen for en udskrivningsmentor. I alle disse tilfælde har psykiatrien videreformidlet information herom til jobcentret. Figuren viser videre, at jobcentrene for 23 % af alle indlagte borgere har fulgt op på, om borgeren ønsker en udskrivningsmentor. Psykiatrien og jobcentrene følger dermed i ca. ¼ af alle tilfælde op på, om borgeren ønsker en udskrivningsmentor. Det er ikke nødvendigvis de samme borgere, som jobcentrene og psykiatrien følger op på. I de forløb, som vi har undersøgt, takker alle borgere på nær én, som jobcentret følger op på, ja til en udskrivningsmentor.

Region Hovedstaden har oplyst, at det nogle gange kan være svært at vurdere, om borgeren er i målgruppen for en udskrivningsmentor, bl.a. fordi det ikke altid fremgår af journalen, hvilken ydelse borgeren modtager fra kommunen. Rigsrevisionen kan konstatere, at denne tvivl forekommer, til trods for at alle borgere, der udskrives fra en psykiatrisk indlæggelse, uanset hvilken ydelse de modtager ifølge LAB-loven, har ret til en udskrivningsmentor. Region Midtjylland anerkender, at der er et forbedringspotentiale i forhold til brugen af dette redskab.

Jobcentrenes og psykiatriens brug af lægeattester

Attester indhentet under sygedagpengeforløb

42. Jobcentrene har ifølge sygedagpengeloven mulighed for at indhente lægeattester fra relevant sundhedspersonale. Lægeattester bruges til at udveksle informationer, fx om, hvilken behandling borgeren modtager, og hvordan udsigten er til, at borgeren kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Når jobcentret skal vurdere, om en borger kan fortsætte på ydelsen, eller når jobcentret skal tilrettelægge indsatsen over for borgeren, kan jobcentret derfor bruge lægeattester som en del af vurderingsgrundlaget. Lægeattesterne er dermed også potentielt et redskab til at sikre koordination og sammenhæng.

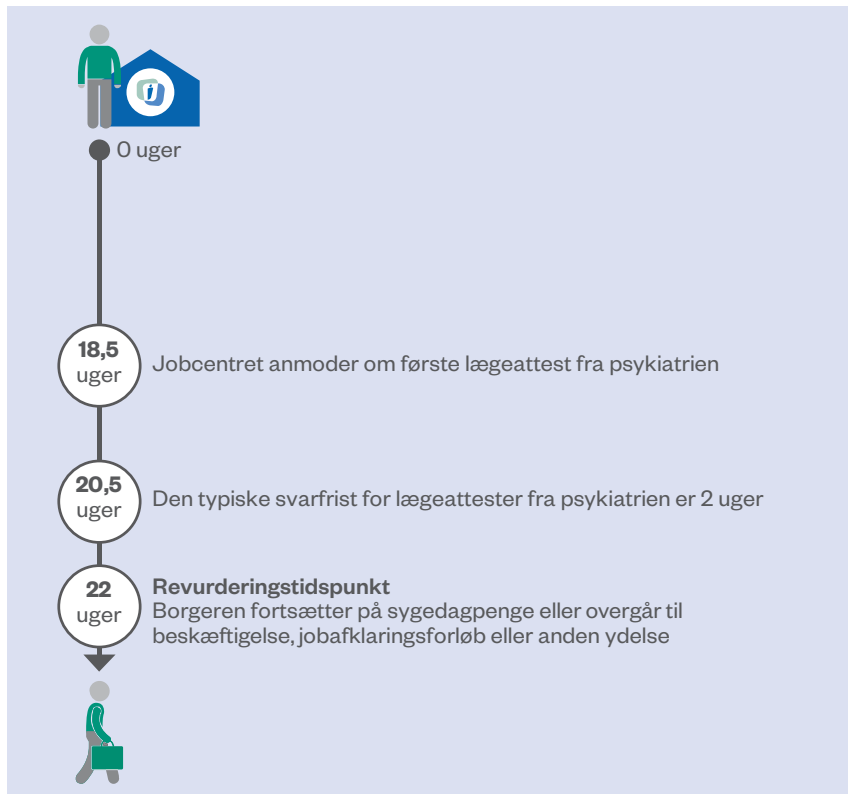
43. Vi har undersøgt, hvordan jobcentrene benytter lægeattester under sygedagpengeforløb.

Vores undersøgelse viser, at lægeattester er et af de hyppigst anvendte redskaber til informationsudveksling i jobcentret. Jobcentrene har indhentet lægeattester fra psykiatrien for 64 % af borgerne på sygedagpenge.

Undersøgelsen viser videre, at jobcentrene gennemsnitligt anmoder om den første lægeattest fra psykiatrien 18,5 uger efter, at borgeren er opstartet i sygedagpengeforløbet. Svarfristerne for de fleste lægeattester fra psykiatrien er 2 uger. Det betyder, at jobcentrene modtager lægeattesterne fra psykiatrien 1,5 uger inden revurderingstidspunktet, hvor jobcentret skal træffe afgørelse om, hvorvidt borgeren kan fortsætte på ydelsen eller skal overgå til jobafklaringsforløb.

Figur 8 viser, hvornår i forløbet jobcentret anmoder om den første lægeattest fra psykiatrien for borgere på sygedagpenge.

Figur 8
Indhentning af lægeattester for borgere på sygedagpenge



Kilde: Rigsrevisionen.

Jobcentrene anmoder dermed om lægeattester fra psykiatrien sent i forløbet og samtidig med, at jobcentret skal træffe afgørelse om borgerens ydelse. Når attesterne indhentes sent i forløbet, så giver det ringe mulighed for at tilrettelægge jobcenterindsatsen inden for de 22 uger under hensyn til psykiatriens indsats. Det er derfor vores vurdering, at lægeattesterne primært bruges som vurderingsgrundlag i forhold til ydelsen og ikke som redskab til at sikre koordination og sammenhæng.

De fleste borgere har allerede et igangværende behandlingsforløb i psykiatrien ved første opfølgningssamtale med jobcentret. Jobcentret er oftest bekendt med behandlingsforløbet på baggrund af de informationer, som borgeren udfylder i det oplysnings-skema, der anvendes ved første samtale. Jobcentrene har således forudsætning for at anmode om lægeattester tidligere, hvis de ønsker det.

Bekendtgørelse om kommuner og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager om ressourceforløb, fleksjob, førtidspension m.v.

Ifølge bekendtgørelsen kan jobcentret alene rekvirere lægeattester fra den praktiserende læge og speciallægeattester fra Klinisk Funktion efter rehabiliteringsmødet er afholdt, medmindre der indgås en særlig aftale.

Statusattest

Lægeattesten anvendes af kommunen til indhentning af journaloplysninger, hvor der samtidig er ønske om lægens vurdering af betydningen af disse for den konkrete sag og dermed borgerens forløb.

Attester indhentet under jobafklaringsforløb

44. Jobcentrene har også mulighed for at indhente lægeattester fra relevant sundhedspersonale, når borgeren overgår til jobafklaringsforløb. Men når rehabiliteringsmødet er afholdt, kan jobcentret alene indhente lægeattester fra den praktiserende læge eller speciallægeattester fra Klinisk Funktion. Kommuner og regioner kan i særlige tilfælde aftale, at kommunen kan indhente journaloplysninger og statusattester fra sygehuse (herunder psykiatrien), hvis borgeren er i aktuel behandling her.

45. Vi har undersøgt, hvordan jobcentrene benytter lægeattester under jobafklaringsforløb.

Vores undersøgelse viser, at jobcentrene har indhentet lægeattester fra psykiatrien for 77 % af borgerne i jobafklaringsforløb.

I jobafklaringsforløb indhenter jobcentrene den første lægeattest fra psykiatrien gennemsnitligt 26 dage efter overgang til jobafklaringsforløb. En del attester fra psykiatrien er indhentet i sygedagpengeforløbet med henblik på at oplyse sagen forud for rehabiliteringsmødet. Lægeattesterne fra psykiatrien udgør således en del af grundlaget for den tværfaglige drøftelse på rehabiliteringsmødet og for tilrettelæggelsen af indsatsen i det videre forløb.

46. Som nævnt har jobcentrene i udgangspunktet ikke lov til at indhente lægeattester fra psykiatrien *efter*, at de har afholdt rehabiliteringsmødet. Men ligesom der indhentes attester fra psykiatrien før rehabiliteringsmødet, så viser vores undersøgelse, at der også indhentes attester fra psykiatrien efter rehabiliteringsmødet. Når vi ser på den samlede mængde af lægeattester, der er indhentet efter rehabiliteringsmødet, så er 69 % af dem indhentet hos psykiatrien og ikke hos Klinisk Funktion eller praktiserende læge. Hovedparten af disse er statusattester.

Vi kan altså konstatere, at en væsentlig andel af de lægeattester, der indhentes på jobafklaringsforløb efter rehabiliteringsmødet, indhentes fra psykiatrien, på trods af at dette kun er lovligt, hvis der er indgået specifik aftale herom. Region Syddanmark og Region Nordjylland har oplyst, at de har indgået en sådan aftale med kommunerne i deres respektive regioner. Hvis ikke der er indgået en sådan aftale, bør jobcentrene i stedet indhente lægeattesterne fra borgerens praktiserende læge og Klinisk Funktion.

Regionernes og Beskæftigelsesministeriets opfølgning på koordineringen

47. Regionerne er ansvarlige for driften i psykiatrien og har i de nationale mål forpligtet sig til at arbejde for bedre sammenhængende patientforløb, herunder psykisk syge borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet. Beskæftigelsesministeriet er forpligtet til at følge op på, at lovgivningen på ministeriets område administreres efter hensigten. Dertil kommer, at problemstillinger, der går på tværs af myndighedsområder, vanskeligt kan løses af én part alene. Hvis regionerne og Beskæftigelsesministeriet samarbejder omkring den fælles målgruppe, vil det derfor skabe et bedre grundlag for en effektiv koordinering af myndighedernes indsatser.

Vi har på den baggrund undersøgt, om regionerne og Beskæftigelsesministeriet har henholdsvis sikret og fulgt op på psykiatriens og jobcentrenes koordinerende indsats og samarbejdet om denne.

48. Vores undersøgelse viser for det første, at regionerne har viden om den ringe arbejdsmarkedstilknytning for borgere med psykiske lidelser, bl.a. i kraft af styringsgennemgang af psykiatrien (2018), der i øvrigt har anbefalet bedre deling af patientdata og sammenhængende borgerforløb på psykiatriområdet samt et samarbejde med fx beskæftigelsesområdet i forhold til udvikling af forløbsprogrammer for borgere med psykiske lidelser. Styringsgennemgangen blev udarbejdet af KL, Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet. Regionerne har ligeledes viden via deres opfølgning på de nationale mål. Flere regioner har dog oplyst, at Sundhedsministeriet ikke har opdateret data for de nationale mål siden 2016, hvilket betyder, at regionerne ikke har viden om effekten af de nyeste tiltag på området.

På baggrund af dette har regionerne i varierende udstrækning arbejdet ind i denne dagsorden, bl.a. ved at udvikle forløbsprogrammer for borgere med psykiske lidelser, igangsætte konkrete tværgående samarbejder, herunder IPS-projekter, og sikre et bedre grundlag for effektiv informationsudveksling. Alle regioner arbejder med IPS-metoden, og det tværsektorielle samarbejde er under udvikling. Der er imidlertid fortsat problemer med at sikre sammenhængende borgerforløb. Region Hovedstaden har oplyst, at problemerne bl.a. opstår, fordi jobcentrene og psykiatrien arbejder efter forskellige lovkomplekser, hvilket betyder, at de arbejder henimod forskellige mål.

49. Vores undersøgelse viser for det andet, at Beskæftigelsesministeriet gennem flere evalueringer, herunder både opstartsevalueringen af sygedagpengereformen (2016), evalueringen af sundhedsmodellen (2017) og fokusrevisionen (2020), har fået indblik i, hvordan den tværsektorielle informationsudveksling fungerer. Sidstnævnte fokusrevision peger på, at dele af den tværsektorielle informationsudveksling ikke fungerer efter hensigten, herunder at der på jobafklaringsforløb hentes lægeattester uden om Klinisk Funktion. Ministeriet har dog oplyst, at der er usikkerhed om datagrundlaget for fokusrevisionen, hvorfor ministeriet vurderer, at der er behov for yderligere at underbygge konklusionerne, inden ministeriet eventuelt følger op. Ministeriet har ligeledes oplyst, at ministeriet ikke har undersøgt informationsudvekslingen og koordineringen med psykiatrien specifikt.

Beskæftigelsesministeriet har kendt til de sygemeldtes diagnoser og dermed den fælles målgruppe med regionerne, fordi ministeriet har foretaget 3 analyser, der beskæftiger sig med sundhedskarakteristika, herunder psykiatriske diagnoser for borgere på sygedagpenge og i jobafklaringsforløb. Det drejer sig om evaluering af jobafklaringsforløb (2017), der peger på, at borgere med psykiske lidelser udgør en stor del af målgruppen for jobafklaringsforløb, evaluering af sygedagpengereformen og det nye revideringstidspunkt (2017) og en analyse lavet i forbindelse med den kritiske gennemgang af sygedagpengereformen (2020).

Beskæftigelsesministeriet har bl.a. på den baggrund taget initiativ til projekter rettet mod gruppen af sygemeldte borgere med psykiske lidelser. Ministeriet oplyser bl.a., at IPS-metoden, der også har fokus på at sikre koordinering og sammenhæng, bliver stadig mere udbredt i kommunerne. IPS-metoden er dog ikke udbredt til alle kommuner, og der er fortsat ikke tilstrækkelig koordination og sammenhæng.

50. Regionerne og Beskæftigelsesministeriet har ikke haft et fast samarbejde om den fælles målgruppe og problemer, fx i forhold til lovgivning på henholdsvis sundheds- og beskæftigelsesområdet og det tværsektorielle samarbejde mellem jobcentrene og psykiatrien. I den udstrækning, regionerne og Beskæftigelsesministeriet har samarbejdet, er det sket ad hoc. Senest har både regionerne og Beskæftigelsesministeriet indgået i arbejdet med regeringens 10-års plan for psykiatrien. Derudover har Rigsrevisionen kendskab til, at Beskæftigelsesministeriet bl.a. har været involveret i udviklingen af *Model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser* fra 2015. Arbejdet med modellen har været drevet af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen.

Beskæftigelsesministeriet har desuden holdt årlige statusmøder med Sundhedsministeriets departement, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og de kliniske funktioner om samarbejdet mellem kommuner og Klinisk Funktion. Rigsrevisionen konstaterer, at der i de seneste år har været længere tid mellem møderne.

Resultater

Undersøgelsen viser, at jobcentrene og psykiatrien i ringe grad anvender de redskaber, der er givet ved lov, og som de har til rådighed i forhold til at sikre udveksling af information og på den baggrund en koordineret og sammenhængende indsats for borgerne.

Undersøgelsen viser for det første, at jobcentrene for 86 % af borgerne på sygedagpenge og for 75 % af borgerne i jobafklaringsforløb ikke har taget direkte kontakt til psykiatrien, og omvendt har psykiatrien ikke taget direkte kontakt til jobcentrene i 72 % af forløbene.

Undersøgelsen viser for det andet, at psykiatrien har fulgt op på, om borgeren ønsker en udskrivningsmentor i 25 % af forløbene med psykiatrisk indlæggelse, og jobcentrene har fulgt op på, om borgeren ønsker en udskrivningsmentor i 23 % af forløbene. Dette til trods for at alle borgere med en psykiatrisk indlæggelse, der er omfattet af LAB-loven, har ret til at få tilbudt en udskrivningsmentor.

Undersøgelsen viser for det tredje, at lægeattester er det hyppigst anvendte redskab til informationsudveksling i jobcentret. Jobcentrene anmoder om den første lægeattest fra psykiatrien gennemsnitligt 18,5 uger efter, at borgeren er opstartet i sygedagpengeforløbet. Svarfristerne for de fleste lægeattester fra psykiatrien er 2 uger. Det betyder, at jobcentrene modtager lægeattesterne fra psykiatrien 1,5 uger inden revideringstidspunktet, hvor jobcentret skal træffe afgørelse om, hvorvidt borgeren kan fortsætte på ydelsen. Når attesterne indhentes sent i forløbet, så giver det ringe mulighed for at tilrettelægge jobcenterindsatsen inden for de 22 uger under hensyn til psykiatriens indsats. Det er derfor Rigsrevisionens vurdering, at lægeattesterne primært bruges som vurderingsgrundlag i forhold til ydelsen og ikke som redskab til at sikre koordination og sammenhæng.

På jobafklaringsforløb indhentes de første lægeattest fra psykiatrien tidligere og ofte i forbindelse med rehabiliteringsmødet. Undersøgelsen viser videre, at 69 % af lægeattesterne på jobafklaringsforløb sendes til/fra psykiatrien *efter* rehabiliteringsmødet, på trods af at dette kun er lovligt, hvis der er indgået specifik aftale herom. Region Syddanmark og Region Nordjylland har indgået sådanne aftaler. Hvis ikke der er indgået en sådan aftale, bør jobcentrene i stedet indhente lægeattesterne fra borgerens praktiserende læge og Klinisk Funktion.

Endelig viser undersøgelsen, at regionerne har haft viden om, at psykiatrien og jobcentrene ikke har sikret en koordineret og sammenhængende indsats. Flere regioner har iværksat konkrete, regionale tiltag med henblik på at imødegå problemet, men det er endnu ikke løst. Beskæftigelsesministeriet har ikke undersøgt informationsudvekslingen og koordineringen med psykiatrien specifikt. Ministeriet har taget enkelte initiativer til at understøtte tværsektoriel sammenhæng, men har ikke løst problemerne.

3.2. Grundlaget for en effektiv informationsudveksling

51. At udveksle informationer er en central forudsætning for og et vigtigt element i den koordinerede indsats. Vores undersøgelse viser, at det oftest sker ved brug af lægeattester. Lægeforeningen, KL og i visse tilfælde Beskæftigelsesministeriet har aftalt svarfrister for attesterne. Disse er typisk 2 uger efter modtagelsen af anmodningen, dog med enkelte undtagelser, hvor svarfristen er 4 uger. Fristerne skal understøtte jobcentrenes opfølgning hver 4. uge. Ministeriet bemærker dog, at frister for lægeattester ikke generelt er fastsat med udgangspunkt i jobcentrenes opfølgning.

52. Vi har undersøgt, om besvarelsen af lægeattester sker rettidigt inden for de aftalte frister.

Vores undersøgelse viser, at lægeattesterne ikke leveres inden for de aftalte tidsfrister. Det gælder i særdeleshed lægeattester fra psykiatrien, hvor 72 % af attesterne er forsinkede, mens 47 % af attesterne fra praktiserende læger er forsinkede. Flere af attesterne fra psykiatrien end fra praktiserende læge er desuden langvarigt forsinkede. Under sygedagpenge- og jobafklaringsforløb er ca. 1/3 af alle attester fra psykiatrien forsinket 5 uger eller mere.

Boks 2

Jobcentrenes brug af lægeattester fra psykiatrien

Kommunale jobcentermedarbejdere har i overensstemmelse med ovenstående resultater over for Rigsrevisionen givet udtryk for, at de oplever lange svartider på lægeattester fra psykiatrien. Enkelte giver udtryk for, at de ved anmodning om attester fra psykiatrien planlægger med forsinkelse. Jobcentermedarbejderne giver også udtryk for, at den lange ventetid er et problem for aktualiteten af oplysninger og fremdriften i jobcenterindsatsen. Hvis jobcentret venter med et tilbud, indtil jobcentret har fået lægelig status på borgeren, kan borgeren opleve at blive "sat på pause", indtil attesten besvares.

Kilde: Rigsrevisionens interview.

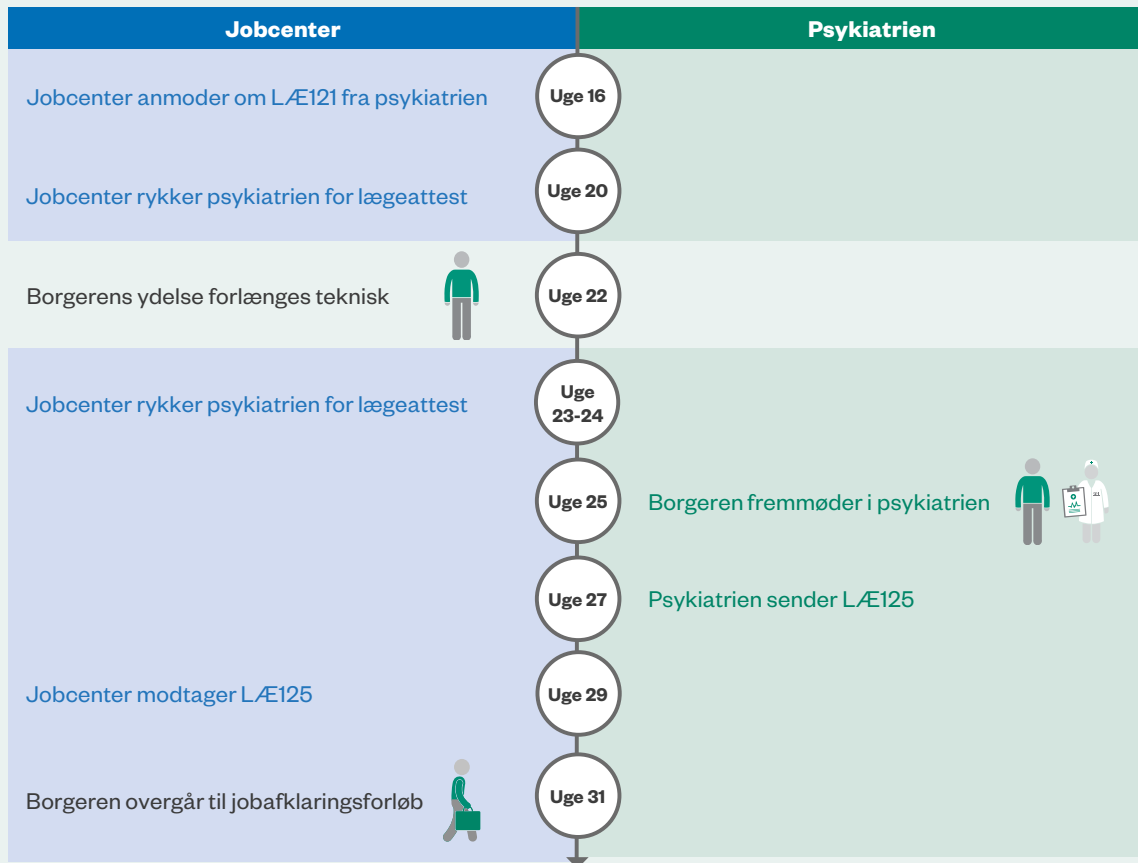
Tekniske forlængelser

Jobcenteret kan ikke stoppe for udbetalingen af sygedagpenge, hvis ikke der er truffet en gyldig afgørelse i sagen. Er en sygedagpengesag ikke tilstrækkeligt oplyst på revurderingstidspunktet eller ved udløbet af en forlængelse, kan kommunen først træffe afgørelse om ophør af udbetaling af sygedagpenge, når sagen er tilstrækkeligt oplyst. Det følger af dom afsagt af Højesteret den 10. september 2015.

53. Konsekvensen af de forsinkede lægeattester kan bl.a. være, at borgerens sygedagpengeforløb bliver forlænget. Vores undersøgelse viser, at 81 % af borgernes sygedagpengeforløb forlænges. I 12 % af disse forløb er der minimum én teknisk forlængelse, hvor jobcentret mangler helbredsoplysninger. I sager med tekniske forlængelser forbliver borgeren på sygedagpengeydelsen, hvorimod borgeren muligvis kunne være overgået til en lavere ydelse, hvis lægeattesten var besvaret rettidigt. I nogle tilfælde indebærer forlængelserne således, at kommunerne udbetaler sygedagpenge i en længere periode, end hvis attesten var besvaret rettidigt. Dette betyder øgede udgifter for kommunen og staten. Et eksempel på dette er gengivet i boks 3.

Boks 3**Case fra Rigsrevisionens sagsgennemgang om forsinket lægeattest, som medfører teknisk forlængelse**

En ufaglært kvinde i 30'erne sygemeldes og har samtidig et forløb i psykiatrien, hvor hun behandles for svær angst og personlighedsforstyrrelser.



Ved 16. uge sender sagsbehandleren en anmodning (LÆ121) til psykiatrien om en statusattest (LÆ125). Knap 2 uger før revurderingen rykker sagsbehandleren psykiatrien for lægeattesten. Lægeattesten modtages ikke, og borgeren får en teknisk forlængelse af sin ydelse. Henholdsvis 2 og 3 uger efter revurderingen rykker sagsbehandleren igen. Anden gang oplyser en sekretær, at psykiateren ikke har set patienten i de sidste ca. 3 måneder, men at hun har en ny tid ugen efter, og at de derefter vil sende statusattesten. Psykiatrien sender lægeattesten ca. 2 uger efter. Jobcentret modtager attesten 12 dage efter afsendelsen. Dvs. samlet ca. 3 måneder efter den oprindelige anmodning. Jobcentret vurderer på baggrund af lægeattesten, at betingelserne for forlængelse af sygedagpenge ikke er opfyldt. Den tekniske forlængelse ophører således efter 9 uger, og hun overgår til jobafklaringsforløb.

Ydelsen på sygedagpenge er højere end ydelsen under jobafklaring. Et regneeksempel fra Beskæftigelsesministeriet viser, at kommunen i løbet af de 9 uger har udbetalt en ekstra ydelse til borgeren på ca. 15.850 kr., hvoraf den statslige refusion udgør 5.450 kr., som kunne være sparet, hvis svarfristen for lægeattesten var overholdt.

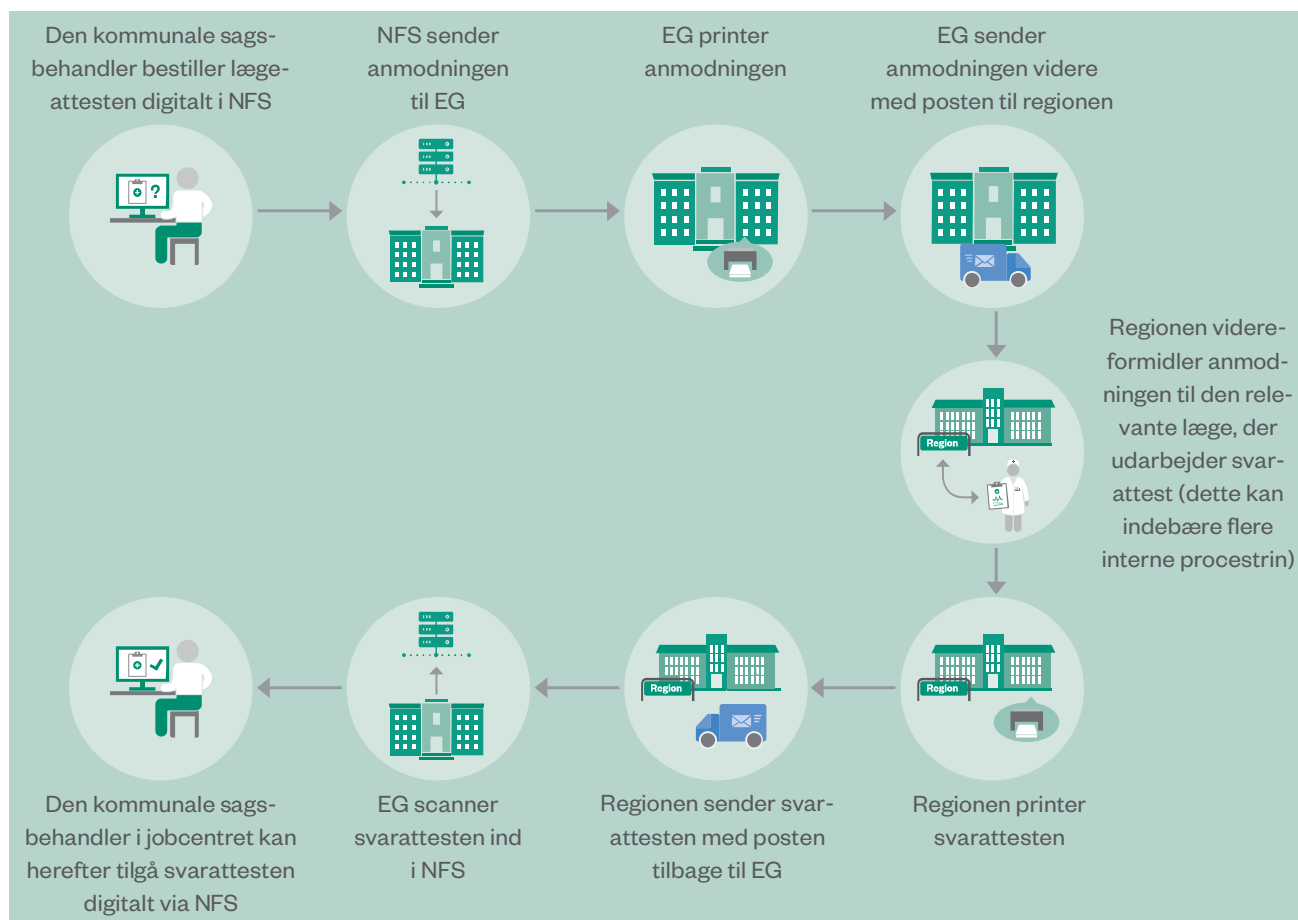
Note: Eksemplet i boksen er et regneeksempel og er derfor forsimplet. Den konkrete ydelse vil afhænge af en række forhold, fx om personen har modtaget den maksimale sygedagpengesats og har fradrag.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

54. De langvarige forsinkelser indikerer, at der er barrierer i forhold til at sikre en effektiv udveksling af information på tværs af psykiatrien og jobcentrene. Det kan være én af flere mulige hindringer for en effektiv, koordineret indsats. Allerede tidligt i undersøgelsen henlede Region Hovedstaden Rigsrevisionens opmærksomhed på, at der er store barrierer forbundet med, at lægeattester sendes med post, da de ofte er længe undervejs. Regionen oplyste desuden, at det ikke er ualmindeligt, at attesterne er stilet til forkert afdeling eller afsnit fra jobcentrets side og derfor skal sendes videre internt, hvilket yderligere forsinker processen. Regionen oplever jævnligt, at attester ikke kommer frem. Vi har på den baggrund undersøgt, hvad der kan forklare, at lægeattester ikke fremsendes rettidigt, herunder om grundlaget for en effektiv udveksling af information er til stede.

55. Vores undersøgelse viser, at udvekslingen af lægeattester er præget af tunge administrative sagsgange, der indebærer en række manuelle procestrin. Processen er illustreret i figur 9.

Figur 9
Udveksling af lægeattester



Det fremgår af figur 9, at kommunen bestiller en lægeattest igennem NetForvaltning Sundhed (NFS). Bestillingen sendes til EG A/S, der står for systemet, og som printer og sender bestillingen med post til regionen. Regionen sender tilsvarende et svar retur med post, som EG A/S scanner ind og gør tilgængeligt for kommunen i NFS. Flere regioner har i dag forsøgt at etablere alternativer til denne proces eller etablere helt nye systemer, hvilket uddybes i punkt 61.

56. Vores undersøgelse viser, at der er tilsvarende problemer i forhold til den direkte kontakt mellem psykiatrien og jobcentrene. Den direkte kontakt foregår i vid udstrækning via telefon og mail. Region Midtjylland bemærker i den forbindelse, at mails og telefonopkald er uafhængige af fagsystemer og derfor ikke automatisk knyttes til en patientjournal/borgersag. Dermed kan information ikke følges af alle medarbejdere, der er involveret i sagen, men afhænger af parternes tilgængelighed.

57. Region Nordjylland forklarer praksis med, at der mangler lovhjemmel til elektronisk datadeling på tværs af sektorerne. Dette underbygges af Region Syddanmark, der oplyser, at regionen har indgået en samarbejdsaftale med regionens kommuner med faste procedurer for kontakt også på arbejdsmarkedsområdet. Regionen bekræfter, at det praktiske arbejde med at implementere aftalen er begrænset af, at der ikke er lovhjemmel til, at jobcentrene automatisk orienteres om opstart og afslutning af borgernes forløb. Region Midtjylland fremhæver, at der er et stort behov for at ændre praksis, så regionerne kan kommunikere digitalt med kommunernes velfærdsområder.

58. Endelig viser vores undersøgelse, at der er kortere svartider på lægeattester sendt fra praktiserende læger end fra psykiatrien. Det skal ses i lyset af, at der på dette område er en mere omfattende digital understøttelse af informationsudvekslingen, hvilket synes at reducere administrative barrierer og skabe et mere effektivt grundlag for informationsudveksling. Kommunerne anvender som beskrevet ovenfor NFS til at udveksle attester med praktiserende læger. Der er også en mere omfattende digital understøttelse inden for sundhedsområdet, hvor regionerne kommunikerer med bl.a. kommunale sundhedsforvaltninger via fx MedCom-meddelelser.

59. Samlet indikerer vores undersøgelse, at administrative barrierer er en medvirkende årsag til forsinkelser på lægeattester og dermed en hindring for en effektiv, koordineret indsats. Regionerne oplyser hertil, at der også er juridiske barrierer for en koordineret indsats.

Regionernes og Beskæftigelsesministeriets opfølgning på informationsvekslingen

60. Beskæftigelsesministeriet, kommunerne og regionerne har gennem den fælles offentlige digitaliseringsstrategi forpligtet sig til, at der skal ske en bedre deling af oplysninger mellem myndigheder. Strategien baserer sig på, at yderligere digitalisering vil føre til en mere effektiv og sammenhængende offentlig service.

Dertil kommer, at regionerne sammen med kommunerne har et ansvar for at sikre, at psykiatrien og jobcentrene kan udveksle informationer med henblik på at koordinere borgernes forløb i overensstemmelse med vedtagne retningslinjer og vejledninger.

MedCom

MedCom har ansvaret for at udvikle og udbrede tværsektorielle digitale kommunikationsløsninger. MedCom er en nonprofitorganisation, der er ejet og finansieret af Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL. Formålet med MedCom er bl.a. at standardisere og digitalisere de hyppigst forekommende kommunikationsstrømme mellem praktiserende læger, sygehuse og kommuner.

Endelig har Beskæftigelsesministeriet en forpligtelse til at følge op på, at kommunerne efterlever sygedagpengeloven og LAB-loven og fx indhenter oplysninger fra relevante parter på hensigtsmæssig vis. Hvis ministeriet får kendskab til problemer på området gennem sin opfølgning, bør ministeriet iværksætte relevante initiativer og fx bringe problemerne op i relevante fora. Ministeriet kan i yderste konsekvens og i kraft af *lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen mv.* pålægge kommunerne at bruge bestemte it-værktøjer, hvis det er nødvendigt for at understøtte en national sammenhængende beskæftigelsesindsats.

Vi har derfor undersøgt, om regionerne har sikret, og Beskæftigelsesministeriet har understøttet, at informationsudvekslingen sker på et effektivt grundlag.

61. Vores undersøgelse viser, at alle regioner er opmærksomme på behovet for og barriererne i relation til udvekslingen af information på tværs af sektorer. Flere af regionerne har taget initiativ til at imødekomme de problemer, der er i forhold til effektiv informationsudveksling mellem fx psykiatrien og jobcentrene ved at forsøge at sikre bedre digital understøttelse.

Region Hovedstaden og Region Sjælland har fx siden 2017 benyttet Sundhedsplatformen, hvor lægeattestskabelonerne er indbygget og kan sendes digitalt. Dette er dog ikke integreret med kommunernes digitale system og kan derfor ikke benyttes af jobcentrene.

Region Nordjylland og Region Midtjylland har ændret processen for udveksling af lægeattester ved at returnere attesten pr. sikker mail henholdsvis direkte til jobcentrene og til EG A/S. Region Nordjylland har foretaget denne ændring allerede tilbage i 2017.

Region Syddanmark arbejder med at udskifte brevpostløsningen med såkaldt tunnelmail for at sikre et effektivt grundlag for udveksling af lægeattester, jf. boks 4. Digital modtagelse af anmodninger via tunnelmail blev påbegyndt primo 2019. Implementering af digitale svar er gradvist påbegyndt primo 2020. Vi har derfor ikke haft mulighed for at efterprøve effekten af tunnelmail-løsningen i Region Syddanmark.

Boks 4

Tunnelmail i Region Syddanmark

Tunnelmail – digital sygehuskommunikation i NetForvaltning Sundhed (NFS)

Tunnelmail består af en såkaldt tunnelkryptering, som sikrer, at alle mails mellem dem (de domæner), der er tilknyttet løsningen, sendes som sikre, krypterede mails. Dette fjerner risikoen for, at en medarbejder skulle glemme at sende sikkert. Samtidig har løsningen et indbygget adressehierarki med alle dem, der er tilknyttet tunnelmail-listen. Fordelen ved tunnelmail er foruden øget sikkerhed også hurtigere svartider og digitalisering af rykkere til sygehusene samt portobesparelser.

I stedet for at sende attesten til den fysiske adresse, sendes attesten til den mailpostkasse, der er angivet i Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR). Det er fortsat vigtigt, at den enkelte kommune er præcis i sin adressering, da regionen ellers vil opleve, at mange bestillinger af lægeattester sendes til hovedpostkasser og skal igennem mange hænder for at nå til den rette modtager.

Kilde: www.faelleskommunalsundhed.dk (i Region Syddanmark).

Region Syddanmark er aktuelt den eneste region, der har taget tunnelmail-løsningen i brug. Region Hovedstaden og Region Midtjylland har dog oplyst til Rigsrevisionen, at de påtænker at tage tunnelmail i brug i 2021. Region Hovedstaden har desuden oplyst, at implementeringen hidtil er blevet udskudt på grund af COVID-19. Region Nordjylland har oplyst, at de på foranledning af denne undersøgelse vil undersøge muligheden for at anvende tunnelmail.

Region Midtjylland har i øvrigt oplyst, at hovedudfordringen er, at it-systemerne i de kommunale social- og beskæftigelsesforvaltninger ikke understøtter den digitale informationsudveksling. Konkret er det en væsentlig barriere for effektiv og digitalt understøttet kommunikation, at beskæftigelsesforvaltningerne ikke anvender MedCom-meddelelser. Ifølge Region Hovedstaden pågår der konkrete drøftelser om, hvorvidt MedCom-meddelelserne må anvendes til kommunikation fra sundhedsfagligt til ikke-sundhedsfagligt personale. Region Hovedstaden har – ligesom Region Midtjylland – tilkendegivet, at regionen gerne så MedCom-meddelelserne udbredt til alle kommunale forvaltninger.

Endelig har regionerne oplyst, at den tværsektorielle informationsudveksling begrænses af sundhedsloven, der har faste krav til deling af sundhedsoplysninger til andre formål end behandling. Hvis oplysninger skal deles, skal det ske med samtykke fra borgeren eller bestemmes ved lov. Der pågår et arbejde mellem regionerne og Sundhedsministeriet om et forslag til målbillede for den fremtidige kommunikation, der har til formål at sikre, at barriererne for tværsektoriel kommunikation mindskes.

62. Vores undersøgelse viser, at Beskæftigelsesministeriet har undersøgt den digitale understøttelse af bl.a. lægeattester fra praktiserende læger og Klinisk Funktion. Ministeriet har ikke undersøgt den digitale understøttelse af lægeattester fra psykiatrien. Ministeriet har oplyst til Rigsrevisionen, at en effektiv informationsudveksling mellem kommuner og sundhedsvæsen er et anliggende mellem disse aktører. Den digitale understøttelse er ikke et anliggende for ministeriet. Rigsrevisionen finder, at Beskæftigelsesministeriet har et ansvar for at understøtte, at informationsudvekslingen sker på et effektivt grundlag.

Beskæftigelsesministeriet har på den baggrund primært vejledt jobcentermedarbejdere om vigtigheden af koordination med sundhedsvæsenet og har været involveret i at udforme lægeattestskabeloner og fastsætte tidsfrister for de attester, der har hjemmel i beskæftigelseslovgivningen. I forbindelse med forenklingen af LAB-loven har Beskæftigelsesministeriet desuden ændret opfølgningsskandencen på sygedagpenge, så kommunerne fremadrettet blot skal følge op 4 gange inden for et halvt år. Dette giver ifølge ministeriet kommunen mulighed for at tilrettelægge opfølgningsskandencen, så den passer med modtagelsen af lægeattester. Desuden har ministeriet gjort det valgfrit, om kommunen indhenter én af de lægeattester, hvor der opleves særligt store forsinkelser. Rigsrevisionen konstaterer, at disse tiltag ikke ændrer ved, at lægeattesterne er forsinkede.

Resultater

Undersøgelsen viser, at det hyppigst anvendte redskab til informationsudveksling er lægeattester, men at størstedelen af lægeattesterne ikke besvares inden for de aftalte frister.

Særligt udvekslingen af lægeattester til og fra psykiatrien er præget af forsinkelser. 72 % af lægeattesterne fra psykiatrien er forsinkede i forhold til de aftalte tidsfrister, mens det gælder for 47 % af attesterne fra de praktiserende læger. Ca. 1/3 af alle attester fra psykiatrien er forsinket 5 uger eller mere. Det skal ses i lyset af, at jobcentret skal følge op på borgere på sygedagpenge hver 4. uge. For 12 % af borgerne medfører forsinkelserne såkaldte tekniske forlængelser, som i nogle tilfælde indebærer, at kommunerne udbetaler sygedagpenge i en længere periode, end hvis attesten var besvaret rettidigt. Dette betyder øgede udgifter for kommunen og staten.

Undersøgelsen viser videre, at der er en række barrierer for informationsudveksling. Administrative barrierer, herunder den manglende digitale understøttelse af den tværsektorielle informationsudveksling, kan være en medvirkende årsag til forsinkelserne af lægeattester. Udvekslingen af lægeattester mellem psykiatrien og jobcentrene indebærer i de fleste tilfælde en række manuelle procestrin og forsendelse med post. Tilsvarende sker den øvrige kommunikation typisk pr. mail og telefon. I modsætning hertil er kommunikationen mellem jobcentrene og praktiserende læger digitalt understøttet.

Regionerne har haft viden om, at psykiatrien og jobcentrene ikke har et tilstrækkeligt grundlag for at udveksle information effektivt, herunder viden om mangler i forhold til den digitale understøttelse. Flere regioner har på denne baggrund iværksat konkrete, regionale tiltag, der skal imødegå problemet, bl.a. en såkaldt tunnelmail-løsning. Tunnelmail-løsningen er ikke fuldt implementeret, og Rigsrevisionen har derfor ikke haft mulighed for at efterprøve effekten heraf. Regionerne oplever i øvrigt, at it-systemerne på det kommunale område er en barriere for effektiv informationsudveksling. Beskæftigelsesministeriet har ikke taget konkrete initiativer til at undersøge og understøtte grundlaget for en effektiv udveksling af lægeattester og øvrige oplysninger med psykiatrien. Ministeriet har oplyst, at den digitale understøttelse ikke er et anliggende for ministeriet. Rigsrevisionen finder, at ministeriet har et ansvar for at understøtte, at informationsudvekslingen sker på et effektivt grundlag.

3.3. Målopfyldelse for den beskæftigelsesrettede indsats

63. Intentionen med alle midlertidige forsørgelsesydelse er, at de skal være af kortest mulig varighed. Af sygedagpengeloven fremgår det således også eksplicit, at den sygemeldte borger skal vende tilbage til arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt, jf. § 1, stk. 2. Vi har undersøgt, om myndighederne indfrier denne målsætning. Analyserne er foretaget på baggrund af registerdata og dermed hele populationen af borgere, der har været sygemeldt og er visiteret til kategori 2.

Konkret har vi undersøgt, hvor lange forløb borgerne har på henholdsvis sygedagpenge og i jobafklaringsforløb, og om de vender tilbage til arbejdsmarkedet efter afsluttede forløb. Det gør vi for gruppen af sygemeldte med forløb i psykiatrien, ligesom vi perspektiverer til sygemeldte uden forløb i psykiatrien.

64. Som led i sygedagpengereformen blev det vedtaget, at jobcentrets indsats og opfølgning skal ske tidligt i forløbet, samt at en borgers ret til sygedagpenge skal revurderes efter 22. uge – fremfor 52. uge som tidligere. På den baggrund lægger vi til grund for vores analyser, at et *kort sygedagpengeforløb* har en varighed på 0-22 uger.

I den politiske aftale om *forlig om en reform af sygedagpengesystemet* er det lagt til grund, at jobafklaringsforløbene gennemsnitligt har en varighed på 6 måneder. I vores analyser af jobafklaringsforløb tager vi derfor udgangspunkt i, at et *kort jobafklaringsforløb* har en varighed på 0-6 måneder.

65. Beskæftigelsesministeriet, Region Hovedstaden og Region Nordjylland har anfægtet rimeligheden i at perspektivere til sygemeldte uden forløb i psykiatrien. Parterne bemærker, at en svær psykisk lidelse nødvendigvis må have betydning for forløbet, og at vi nødvendigvis vil se forskelle i forløbslængde og beskæftigelse mellem de 2 grupper, uanset jobcentrets og psykiatriens indsats.

Rigsrevisionen anerkender, at svær psykisk lidelse kan have betydning for forløbslængden. Rigsrevisionen fastholder dog, at det er relevant at foretage perspektiveringen, fordi sygemeldte i begge grupper i udgangspunktet er visiteret til kategori 2. Jobcentrene har således vurderet, at begge grupper kan hjælpes tilbage til arbejdsmarkedet inden for de indsatsmuligheder, der ligger i sygedagpengelovens visitationskategori 2. Det er jobcentrene, der foretager det faglige skøn, som en visitation indebærer. Hvis målsætningerne ikke indfris, og der, på trods af at de er visiteret til samme kategori, er store forskelle mellem de 2 grupper, kan det oplagt henføres til 2 årsager. Det kan være en indikation på, at jobcentret og psykiatrien ikke leverer en tilstrækkelig og koordineret indsats. Det kan også være en indikation på, at borgere med forløb i psykiatrien har så svære psykiske lidelser, at de i praksis ikke kan rummes inden for sygedagpengelovens visitationskategori 2.

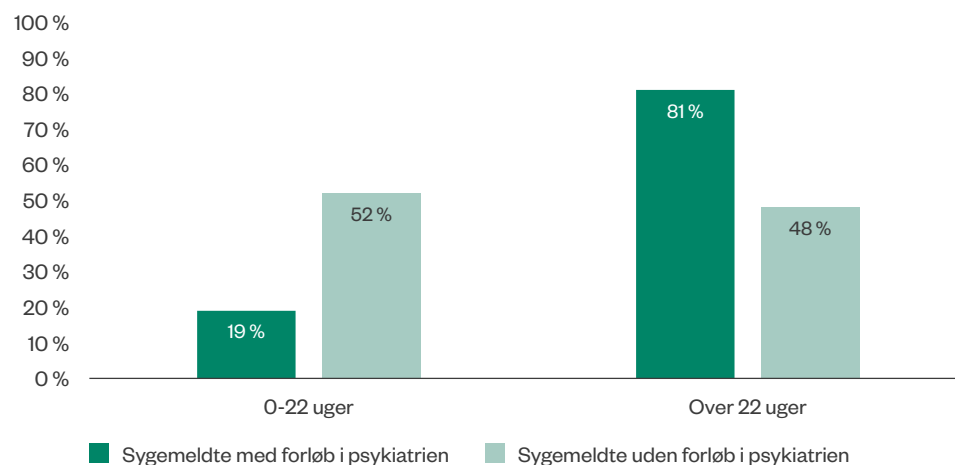
Visitationskategori 2

Sager, hvor fuld raskmelding forventes senere end 8 uger regnet fra første fraværsdag.

Forløbslængde

66. Figur 10 viser længden af sygedagpengeforløb for borgere med og uden forløb i psykiatrien.

Figur 10
Længde af sygedagpengeforløb



Note: Borgere på sygedagpenge med forløb i psykiatrien: n=5.063.

Borgere på sygedagpenge uden forløb i psykiatrien: n=122.050.

Uafsluttede forløb på udtrækningstidspunktet, den 29. oktober 2020, er ekskluderet.

Kilde: Data fra DFDG og LPR.

Det fremgår af figur 10, at der er en stor andel af sygedagpengeforløbene, der er længere end 22 uger. Myndighederne indfrier således ikke målsætningen om korte forløb. Samtidig er andelen af sygedagpengemodtagere med lange forløb større blandt gruppen af borgere med forløb i psykiatrien.

Konkret er 81 % af alle sygedagpengeforløb for borgere med forløb i psykiatrien over 22 uger. Det skal ses i forhold til, at 48 % af sygedagpengeforløbene for borgere uden forløb i psykiatrien er over 22 uger.

I gennemsnit varer et sygedagpengeforløb for en borger med forløb i psykiatrien 42 uger. For borgere uden forløb i psykiatrien varer et gennemsnitligt sygedagpengeforløb 28 uger.

67. Jobafklaringsforløbene er også længere end målsætningen om 6 måneder. Der er dog modsat sygedagpengeforløbene ikke væsentlige forskelle i forløbslængde mellem borgere med og uden forløb i psykiatrien.

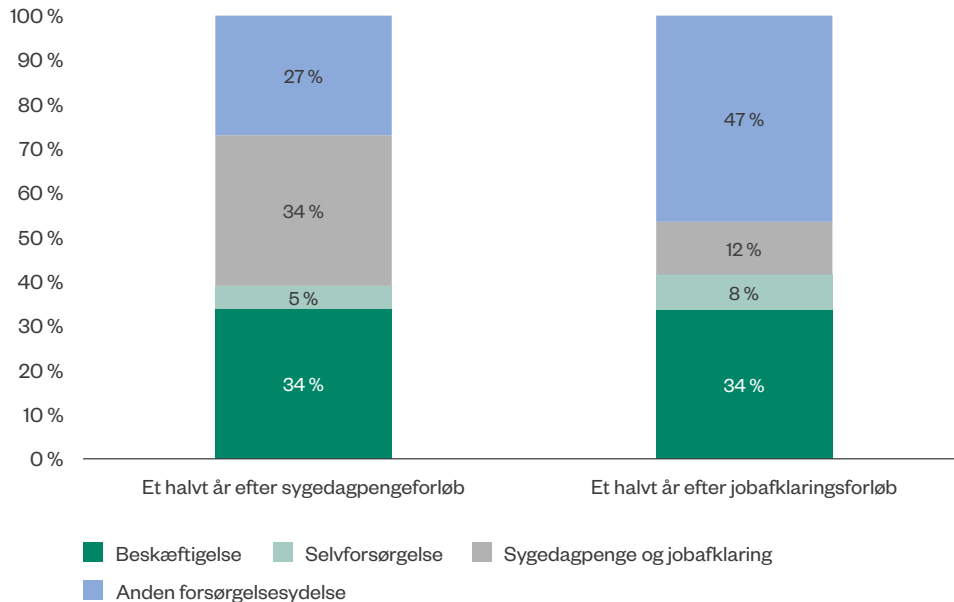
Undersøgelsen viser konkret, at 74 % af borgerne i jobafklaring med forløb i psykiatrien har forløb, der er længere end 6 måneder. Det skal ses i forhold til, at 62 % af de øvrige borgere i jobafklaring har forløb i længere tid end 6 måneder.

Et jobafklaringsforløb varer gennemsnitligt 15 måneder for borgere med forløb i psykiatrien og 12 måneder for borgere uden forløb i psykiatrien.

COVID-19 og den midlertidige suspension af beskæftigelsesindsatsen efter den 11. marts 2020 kan ikke forklare de lange forløb. Der er fortsat en overvægt af lange forløb, når vi frasorterer forløb, der stopper efter den 11. marts 2020.

Afgang til beskæftigelse

68. Vores undersøgelse viser, at færre sygemeldte med forløb i psykiatrien ender i ordinær beskæftigelse relativt til sygemeldte uden forløb i psykiatrien. Figur 11 viser status efter endt sygedagpenge- eller jobafklaringsforløb for sygemeldte med forløb i psykiatrien.

Figur 11**Status efter endt sygedagpenge- eller jobafklaringsforløb for sygemeldte med forløb i psykiatrien**

Note: Borgere på sygedagpenge med forløb i psykiatrien: n=4.868.

Borgere i jobafklaringsforløb med forløb i psykiatrien: n=900.

"Andet" omfatter forsørgelseskategorierne: udvandring, folkepension og død, førtidspension, SU, barsel, ledighedsydelse, efterløn, fleksydelse, kontanthjælp, resurseforløb, revalidering, feriedagpenge, uddannelseshjælp, voksenlærling, integrationsydelse, rotationsvikar, SVU, barsel og dagpenge.

Kilde: Data fra DFDG og LPR.

Det fremgår af figur 11, at 34 % af sygedagpengemodtagerne med forløb i psykiatrien er overgået til beskæftigelse et halvt år efter endt forløb. Det samme gør sig gældende for borgerne i jobafklaringsforløb med forløb i psykiatrien.

Perspektiverer vi til sygemeldte uden forløb i psykiatrien, viser vores undersøgelse, at disse i højere grad overgår til ordinær beskæftigelse. 56 % af sygedagpengeforløbene for borgere uden forløb i psykiatrien resulterer i beskæftigelse et halvt år efter endt forløb. Det er således en forskel mellem de 2 grupper på 22 procentpoint. Forskellen kan ikke alene forklares med reference til arbejdsmarkedstilknytning forud for sygemelding. Således er 85 % af sygedagpengemodtagerne uden forløb i psykiatrien i beskæftigelse forud for sygemelding mod 72 % af sygedagpengemodtagerne med forløb i psykiatrien. Der er ikke stor forskel på afgang til beskæftigelse, når vi undersøger borgere i jobafklaring med og uden forløb i psykiatrien.

Resultater

Undersøgelsen viser, at myndighederne ikke lykkes med at indfri lovens målsætning om, at sygemeldte borgere skal vende tilbage til arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt. Hertil kommer, at der er forskel på forløbslængden og afgang til beskæftigelse, hvis man sammenholder gruppen af sygemeldte borgere, der har et forløb i psykiatrien, med øvrige sygemeldte.

For det første varer 81 % af alle sygedagpengeforløb for borgere med forløb i psykiatrien længere end målsætningen. I gennemsnit varer et sygedagpengeforløb for en borger med forløb i psykiatrien 42 uger sammenlignet med målsætningen om 22 uger. Sygedagpengeforløbene er længere for borgere med forløb i psykiatrien end for borgere uden forløb i psykiatrien. Jobafklaringsforløb for borgere med forløb i psykiatrien er også længere end målsætningen om 6 måneder. Således varer et jobafklaringsforløb for en borger med forløb i psykiatrien gennemsnitligt 15 måneder. Borgere i jobafklaring med forløb i psykiatrien har ikke væsentlig længere forløb end borgere i jobafklaring uden forløb i psykiatrien.

For det andet genvinder sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien i de fleste tilfælde ikke deres tilknytning til arbejdsmarkedet. 34 % af sygedagpengemodtagerne med forløb i psykiatrien er i beskæftigelse et halvt år efter endt forløb. Det samme gør sig gældende for borgere i jobafklaringsforløb. Der er færre sygedagpengemodtagere med forløb i psykiatrien, der er i ordinær beskæftigelse et halvt år efter endt forløb, end sygedagpengemodtagere uden forløb i psykiatrien.

Rigsrevisionen, den 7. oktober 2021

Lone Strøm

/Michala Krakauer

Bilag 1. Metodisk tilgang

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om myndighedernes indsats for at sikre en sammenhængende beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien har været tilfredsstillende. Derfor har vi undersøgt følgende:

- Har Beskæftigelsesministeriet fulgt op på jobcentrenes indsats, der skal sikre, at borgerne får den lovpligtige opfølgning og tilbud?
- Har regionerne sikret og Beskæftigelsesministeriet understøttet, at psykiatrien og jobcentre koordinerer indsatsen, så borgerne hurtigst muligt vender tilbage til arbejdsmarkedet?

Undersøgelsen bygger på en gennemgang af dokumenter, en stikprøve af jobcenter-sager og psykiatriske journaler, registerdata og interviews med udvalgte jobcenter-medarbejdere. For at understøtte revisionen har vi desuden holdt møder med både Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne. Møderne har øget vores generelle forståelse af deres indsatser og den koordination, der finder sted med henblik på at sikre en sammenhængende beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien.

Nedenfor beskrives væsentlige dokumenter, undersøgelsens datagrundlag, stikprøve, registeranalyser, interviews og kvalitetssikring.

Væsentlige dokumenter

Vores undersøgelse af, om myndighedernes indsats for at sikre en sammenhængende beskæftigelsesrettet indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien har været tilfredsstillende tager udgangspunkt i en række dokumenter. Vi har bl.a. gennemgået:

- centrale aftaler og reformer
- analyser og centrale nøgletal på området
- regionale aftaler og retningslinjer samt vejledninger fra Sundhedsstyrelsen
- lovgivning på beskæftigelses- og sundhedsområdet
- retningslinjer for digital kommunikation
- redegørelser fra Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet og regionerne.

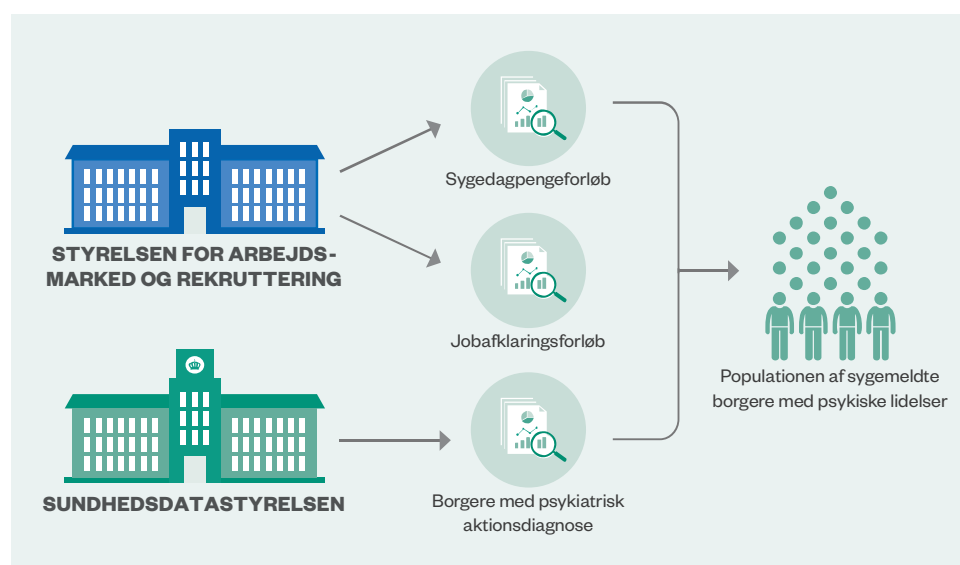
Formålet med gennemgangen af dokumenterne har bl.a. været at identificere centrale lovkrav og aftaler for målgruppen samt at identificere, hvordan Beskæftigelsesministeriet og regionerne, herunder psykiatrien, har arbejdet med indsatsen for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien.

Datagrundlag

Vores analyse af psykiatriens og jobcentrenes indsats over for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien bygger på en stikprøve udtrukket på baggrund af data fra både Beskæftigelsesministeriet (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, STAR) og Sundhedsministeriet (Sundhedsdatastyrelsen, SDS). I dette afsnit beskriver vi datagrundlaget for stikprøven, der også er vist i figur A.

Figur A

Kombination af datasæt fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering og Sundhedsdatastyrelsen



Kilde: Rigsrevisionen.

Det fremgår af figur A, at populationen, som stikprøven er udtrukket blandt, er dannet ved at samkøre data fra STAR og SDS, hvilket uddybes nedenfor.

Data fra STAR

Datagrundlaget fra STAR består af 2 separate datasæt trukket fra Det Fælles it-baserede Datagrundlag (DFDG). Første datasæt omfatter alle påbegyndte sygedagpengeforløb i visitationskategori 2 i perioden 1. april 2017 - 30. juni 2018 (begge dage inkl.). Datasættet er leveret med første sygefraværdsdag – til forskel fra første udbetalingsdag. Andet datasæt omfatter jobafklaringsforløb påbegyndt i umiddelbar forlængelse af ovenstående sygedagpengeforløb (dvs. for de samme CPR-numre).

Fokus er på borgere visiteret til kategori 2, fordi jobcentrene ikke er forpligtet til at iværksætte opfølgning for borgere visiteret til kategori 1. Samtidig visiteres meget få borgere til kategori 3, hvor jobcentrene fra starten vurderer, at der er behov for en tværfaglig indsats. I januar 2020 var der, jf. jobindsats.dk, alene 131 borgere i kategori 3 mod henholdsvis 60.173 i kategori 1 og 62.618 i kategori 2.

Den valgte periodeafgrænsning muliggør, at vi kan følge borgerne under hele deres sygedagpengeforløb og videre over i et eventuelt jobafklaringsforløb. Et sygedagpengeforløb varer som udgangspunkt 22 uger. Revurderingstidspunktet falder således efter 22 ugers udbetalt sygedagpenge plus arbejdsgiverperioden ud af en samlet periode på 9 måneder. De sygedagpengeforløb, der starter ved udgangen af vores periodeafgrænsning i juni 2018, vil som udgangspunkt blive afsluttet omkring årsskiftet 2018/19, hvorefter borgeren kan overgå til jobafklaringsforløb. Vi kan derfra følge borgeren i jobafklaringsforløb til årsskiftet 2020/21 (som er tidspunktet for indhentning af stikprøvematerialet) – altså i ca. 2 år. Heraf vil det første år være før forenklingen af LAB-loven, der trådte i kraft i januar 2020. Forenklingen påvirker derfor ikke vores analyser.

Data fra SDS

Datagrundlaget fra SDS består af ét dataudtræk på baggrund af Landspatientregistret (LPR) 2. Dataudtrækket omfatter alle CPR-numre, der har haft minimum ét ophold i den regionale psykiatri i perioden 1. januar 2017 - 31. december 2018 med en psykiatrisk aktionsdiagnose. Dataudtrækket fremgår også af figur A.

Et ophold dannes på baggrund af én eller flere kontakter på tværs af somatikken og psykiatrien. Dvs. at et ophold godt kan indeholde kontakter, der både er af somatisk og psykiatrisk karakter (herunder også akutte kontakter). 2 eller flere kontakter lægges sammen til ét ophold, hvis afslutningen af den ene kontakt og påbegyndelsen af den anden kontakt sker inden for 4 timer. Betingelsen for vores udtræk er, at én af kontakterne i et givet ophold har haft psykiatrisk karakter. Kontakterne kan både være i forbindelse med indlæggelse eller ambulante behandling.

Perioden for dataudtrækket er overlappende med perioden for påbegyndte sygedagpengeforløb, men med et tidligere starttidspunkt (3 måneder før) og senere afslutning (6 måneder efter). Årsagen hertil er først og fremmest, at vi ønsker en population af sygemeldte borgere, der har et samtidigt forløb i psykiatrien. Den bredere periode skyldes, at det ikke er afgørende, om sygemeldingen er sket lige inden eller efter opholdet i psykiatrien. Afgrænsningen til ultimo 2018 er sket under hensyntagen til, at SDS primo 2019 tog en ny version af Landspatientregistret (LPR3) i brug. Styrelsen arbejder fortsat på at validere data i overgangen mellem det gamle og nye register.

Samkøring af data og endelig population

Vi har samkørt datasættet med sygedagpengeforløb med datasættet fra LPR med henblik på at identificere en gruppe af borgere, der har mindst ét ophold i psykiatrien og samtidig et sygedagpengeforløb. Det gav en population på 10.522 forløb, svarende til 10.082 borgere (samme borger kan have mere end ét forløb i perioden).

Vi har opstillet yderligere 2 kriterier for dataudtrækket for at sikre, at der er tale om reelt overlappende forløb:

- Første ophold i psykiatrien må ligge i en periode fra 3 måneder før startdatoen for sygemeldingen og indtil sygemeldingens afslutning.
- Borgeren skal minimum have haft 2 ophold i psykiatrien inden for perioden af 3 måneder før startdato for sygemelding og afslutning af sygemelding. De 2 ophold kan forekomme på et hvilket som helst tidspunkt i den nævnte periode.

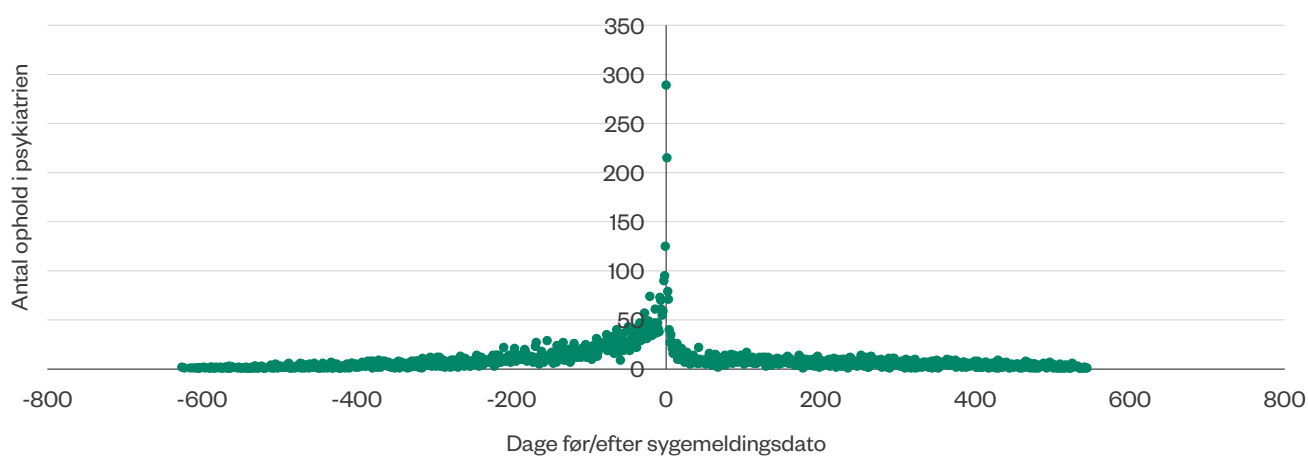
Aktionsdiagnose

Aktionsdiagnosen er den diagnose, der har ført til indlæggelse, plejebenhov eller ambulante kontakt, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlingsforløb.

Med beslutningen om, at første ophold i psykiatrien maksimalt må ligge 3 måneder før startdatoen for sygemeldingen, ønsker vi at sikre, at der er overlap og sammenhæng mellem det pågældende ophold i psykiatrien og sygemeldingen.

Valget beror bl.a. på indledende datakørsler, der viser, hvordan ophold i psykiatrien fordeler sig omkring sygemeldingsdatoen. Fordelingen er vist i figur B.

Figur B
Sammenhæng mellem første ophold i psykiatrien og sygemeldingsdato



Note: n=10.522.

0 angiver dato for sygemelding, hvor dage relativt til denne dato er opgjort ud fra første ophold i psykiatrien. Populationen udgøres af alle borgere, der har påbegyndt et sygedagpengeforløb (visitationskategori 2) i perioden 1. april 2017 - 30. juni 2018 og samtidig har haft et ophold i psykiatrien i perioden 1. januar 2017 - 31. december 2018. Enkelte borgere kan optræde flere gange.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra STAR og SDS.

Det fremgår af figur B, at der er en begyndende stigning i antallet af ophold i psykiatrien omkring 200 dage før sygemeldingsdatoen. Kurven knækker dog svagt omkring 3 måneder før sygemeldingsdatoen og toppe netop på sygemeldingsdatoen, hvor der er 289 ophold.

Stigningen i antallet af ophold i psykiatrien frem mod datoen for sygemeldingen indikerer, at der er en sammenhæng mellem ophold i psykiatrien og datoen for sygemelding. Denne sammenhæng lå til grund for vores beslutning om også at inkludere ophold umiddelbart før sygemeldingsdatoen. Den specifikke periode på 3 måneder er valgt med henvisning til kurvens form. Desuden har vi med perioden forsøgt at tage højde for aktuelle ventetider i psykiatrien.

Beslutningen om min. 2 ophold er taget med henblik på at sikre, at der er et reelt forløb at koordinere om for den enkelte borger. Vi udelukker med dette kriterium tilfælde, hvor den enkelte kontakt fx er udtryk for, at en borger fejlhenvises til psykiatrien. Hovedparten af borgerne i populationen har 2 eller flere ophold (94 %). Afgrænsningen til 2 ophold har derfor heller ikke væsentlig betydning for populationens samlede karakteristika.

Tabel A viser populationen af sygemeldte borgere med et forløb i psykiatrien samt fordelingen af antallet af henholdsvis sygedagpenge- og jobafklaringsforløb.

Tabel A
Antal forløb for sygemeldte borgere med og uden samtidigt forløb i psykiatrien

	Sygedagpengeforløb	Jobafklaringsforløb
Har ikke et forløb i psykiatrien	122.510	11.974
Har et forløb i psykiatrien	5.063	1.711
I alt	127.573	13.685

Note: Samme borger kan have flere forløb i perioden, hvorfor antallet afspejler antal sygemeldingsforløb. Der er medtaget forløb med første sygedag mellem den 1. april 2017 og den 30. juni 2018.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra STAR og SDS.

Det fremgår af tabel A, at målgruppen, der er på sygedagpenge og samtidig har et forløb i psykiatrien, udgøres af 5.063 forløb. Samme borger kan have flere forløb i perioden. De 5.063 forløb er således fordelt på 5.056 borgere. I forlængelse af disse sygedagpengeforløb er 1.711 borgere opstartet i jobafklaringsforløb.

Stikprøve

Vi har undersøgt den konkrete indsats for sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien ved hjælp af én gennemgående repræsentativ stikprøve på 178 borgeres sygedagpengesager fra kommunen og psykiatriske journaler fra regionen. Stikprøven er udtrukket af populationen, der er beskrevet ovenfor under datagrundlag. Ud af stikprøven på 178 borgere overgår 61 borgere (dvs. ca. 1/3) til jobafklaringsforløb efter endt sygedagpengeforløb. For denne gruppe har vi også indhentet deres jobafklarings sag fra kommunen. De 178 borgersager er fordelt på 68 kommuner.

At stikprøven er en *gennemgående* stikprøve betyder, at vi kan følge de samme borgere gennem hele borgerforløbet – dvs. på tværs af indsatsen i jobcentret både på sygedagpenge og i eventuelle jobafklaringsforløb samt behandlingen i psykiatrien.

Stikprøven er udtrukket ved simpel tilfældig udvælgelse, og den kan derfor antages at være repræsentativ for den samlede population af sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien, herunder borgere, der overgår til et jobafklaringsforløb. Vi har efterprøvet antagelsen om repræsentativitet, jf. afsnittet om kvalitetssikring.

I stikprøveudtagningen har vi anvendt *proportional stratificering* på regionerne, hvilket vil sige, at den nationale fordeling af behandlede borgere i de 5 regioner afspejles i stikprøven. Fx behandler Region Nordjylland færrest borgere, svarende til 8 %, og Region Hovedstaden flest borgere, svarende til 35 %. Den proportionale stratificering har vi lavet for at undgå, at demografiske forhold skævvrider repræsentativiteten – også på jobcenterdelen. Stratificeringen har medført følgende fordeling af de 178 borgere i stikprøven, som er vist i tabel B.

Tabel B
Stikprøvens fordeling på regionerne

Region Nordjylland	16 borgere
Region Sjælland	20 borgere
Region Midtjylland	39 borgere
Region Syddanmark	41 borgere
Region Hovedstaden	62 borgere
I alt	178 borgere

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra STAR og SDS.

Det fremgår af tabel B, at der er flest borgere fra Region Hovedstaden (62) og færrest fra Region Nordjylland (16). I nogle regioner har vi dermed forholdsvis få borgere, hvilket medfører, at vores resultater inden for de enkelte regioner vil være præget af relativ høj statistisk usikkerhed.

Stikprøvens størrelse på 178 borgere er bestemt under hensyn til, hvilket niveau af usikkerhed der er acceptabelt. Sikkerhedsniveauet (konfidensniveauet) for den samlede stikprøve er 95 %, mens den maksimale statistiske usikkerhed på analyseresultaterne på stikprøven er $\pm 7,2$ procentpoint. Med andre ord kan vi være 95 % sikre på, at et givent analyseresultat ikke afviger med mere end 7,2 procentpoint fra populationen.

For analyseresultater om jobafklaringsforløb gælder et sikkerhedsniveau på 95 % og en maksimal statistisk usikkerhed på $\pm 12,4$ procentpoint. Det betyder, at den sikkerhed, hvormed vi kan udtale os om jobafklaringsforløb, er reduceret i forhold til sikkerheden i analyserne af sygedagpengeforløb. Det skyldes, at blot ca. $\frac{1}{3}$ af borgerne i stikprøven overgår til et jobafklaringsforløb efter endt sygedagpengeforløb.

Vi udtaler os også lejlighedsvis alene om den gruppe borgere, der har været indlagt, mens de har været på sygedagpenge eller i jobafklaringsforløb. Det drejer sig samlet om 63 borgere. Sikkerheden, hvormed vi kan udtale os for denne gruppe, er parallel til sikkerheden for borgere i jobafklaringsforløb.

Endelig har vi enkelte analyser, der baserer sig på delmængder af den fulde målgruppe, fx når vi afrapporterer på årsager til O tilbud. Sådanne analyser skal naturligvis tages med forbehold.

Nogle få af sagerne i stikprøven har på udvalgte områder været omfattet af frikommuneforsøg. I de tilfælde, hvor sagerne har været omfattet af frikommuneforsøg, har vi frasorteret disse i de relevante analyser. Antallet af analyseenheder fremgår altid af noterne til beretningens figurer.

Vi har for hvert CPR-nummer i stikprøven indhentet materiale fra henholdsvis kommuner og regioner. Vi har anmodet om det fulde sagsmateriale for et givent borgerforløb og gennemgået alt sagsmateriale. Vi har lagt til grund for undersøgelsen, at eventuelle tilbud og dokumenter, som jobcentret ikke har registreret i sagsakterne og fremsendt dokumentation for, ikke eksisterer. Hvis der har været åbenlyse mangler, har vi dog efterindhentet materiale fra både kommuner og regioner.

Vi har som nævnt gennemgået alt tilgængeligt sagsmateriale, og for jobcentrenes vedkommende har vi haft særlig fokus på følgende dokumenter:

- Min Plan
- oplysningsskema
- lægeattester
- noter om eventuel koordinering internt/eksternt
- dokumentation for og noter fra møder, fx netværksmøder, med deltagelse af andre relevante aktører, fx psykiatrien
- øvrig korrespondance med eksterne parter, herunder arbejdsgiver og psykiatri
- rehabiliteringsteamets indstilling
- rehabiliteringsplanens indsatsdel.

For psykiatriens vedkommende har vi haft særlig fokus på følgende dokumenter:

- behandlingsplan (herunder patientens samtykke til udveksling af oplysninger)
- anamnese
- epikrise
- korrespondance med jobcenter, privatpraktiserende læger og Klinisk Funktion, herunder advis'er, mødeindkaldelser, telefonnotater og lægeattester
- udskrivningsaftale, koordinationsplan og koordinerende indsatsplan
- dokumentation for og noter fra afholdelse af møder, fx netværksmøder, udskrivningskonferencer mv. med deltagelse af andre relevante aktører, fx jobcentret.

Dette fokus afspejler, at vi har gennemgået materialet med en opmærksomhed på udvalgte forhold (variable), som vi systematisk har registreret i en såkaldt kodebog udarbejdet til formålet. Variablene er udvalgt med henblik på at kunne vurdere, om henholdsvis psykiatrien og jobcentrene lever op til gældende lovkrav i undersøgelsesperioden (jf. vores revisionskriterier), herunder i hvilken udstrækning parterne koordinerer borgernes forløb. Vi har haft fokus på, om lovkrav overholdes. Vi har således ikke taget stilling til den indholdsmæssige substans i fx Min Plan, men blot konstateret, om der var fx en relevant beskrivelse af jobmål.

Registeranalyser

De registerdata, der ligger til grund for vores stikprøve, har vi også anvendt i selvstændige analyser. Registerdataene giver os bl.a. mulighed for at gennemføre analyser på den fulde population af sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien samt mulighed for at perspektivere til den gruppe af sygemeldte borgere, der ikke modtager behandling i psykiatrien. Resultaterne af disse analyser afrapporteres primært i kapitel 3, afsnit 3.3.

Interviews

Vi har i forlængelse af vores gennemgang af stikprøven interviewet en række jobcentermedarbejdere i følgende udvalgte kommuner:

- Billund Kommune
- Holstebro Kommune
- Københavns Kommune
- Sønderborg Kommune.

Kommunerne er bl.a. valgt ud fra hensyn til geografisk spredning og størrelse. Valget af netop 4 interviewkommuner beror på betragtninger om teoretisk mætningspunkt og resursehensyn.

Interviewpersonerne i de respektive kommuner har i varierende grad været jobcenterchefer, teamledere for henholdsvis sygedagpenge og jobafklaring, faglige koordinører og sagsbehandlere på både sygedagpenge- og jobafklaringsforløb og eventuelt også andre ydelseskategorier.

Formålet med interviewene har været at opnå dybere indsigt i kommunikationen mellem jobcentre og sundhedsvæsen, primært den regionale psykiatri og borgerens praktiserende læge, herunder især brugen af lægeattester. Dette for at få indsigt i, hvordan jobcentrene overordnet betragter lægeattester som et redskab til sagsoplysning og eventuelt koordinering, hvornår og hvordan attesterne anvendes, kvaliteten af lægeattester samt mulige barrierer for sagsoplysning og koordinering i øvrigt. Pointer og erfaringer fra interviewpersonerne i kommunerne er, i det omfang det har givet mening, blevet brugt til at supplere de øvrige analyser i beretningen.

Vores interviewguide har således været fokuseret på kommunernes erfaringer med brugen af lægeattester og bredere informationsudveksling/koordinering med især den regionale psykiatri og praktiserende læger. Nedenstående er en oversigt over de tematikker, som var omdrejningspunktet i interviewguiden:

- brugen af lægeattester som redskab til sagsoplysning
- udfyldelse af og dialog om lægeattester
- ekspeditionstider og it-understøttelse samt tekniske forlængelser
- sagsoplysning og koordinering ud over lægeattester.

Vi har prioriteret at interviewe jobcentermedarbejdere i kommuner, da kommunerne ikke er en revideret part og derfor ellers ikke kommer til orde i beretningen. Regionerne, herunder psykiatrien og Klinisk Funktion, samt Beskæftigelsesministeriet og Sundhedsministeriet har deltaget i møder og bidraget med høringsvar og har på den måde haft mulighed for at komme til orde.

Kvalitetssikring

Denne undersøgelse er kvalitetssikret via vores interne procedurer for kvalitetssikring, som omfatter høring hos de reviderede, samt ledelsesbehandling og sparring på forskellige tidspunkter i undersøgelsesforløbet med chefer og medarbejdere i Rigsrevisionen med relevante kompetencer.

Ydermere har vi taget flere tiltag til at sikre kvaliteten.

Først og fremmest har vi kvalitetssikret vores udvælgelse af populationen. I valget af kriterier for samkørsel af de 2 populationer i datasæt fra henholdsvis STAR og SDS har vi gjort os en række overvejelser om validitet af forløb. Vi forstår her valide forløb som forløb, hvor der er tale om 2 ikke blot samtidige, men også sammenhængende forløb i psykiatri og jobcenter. Det vil typisk komme til udtryk ved, at sygemeldingsårsagen er identisk med aktionsdiagnosen i psykiatrien.

Konkret har vi undersøgt, om alle borgere i stikprøven var sygemeldt med en psykisk diagnose eller havde en tilstødende psykisk diagnose af væsentlig betydning for sygedagpengeforløbet. I 5 sager var der ingen relation mellem forløbet i psykiatrien og den pågældende borgers sygemelding. Et eksempel herpå var en borger, der allerede ved 2. samtale ved psykiatrien ønskede at afslutte sit forløb af private årsager. Et andet eksempel var en borger, der var sygemeldt med en knæskade, og som samtidig tilfældigvis havde et forløb i psykiatrien, der ikke var relevant for sygemeldingen. Det gav anledning til, at vi indhentede 5 nye sager. Dette kan være en indikation på, at vi har overestimeret antallet af borgere med samtidige og sammenhængende forløb i psykiatri og jobcenter. Der er dog i givet fald tale om en lille overestimering, da andelen af nye sager blot udgør 2,8 % af den samlede stikprøve.

Vi har også kvalitetssikret den endelige stikprøve ved at lave en række analyser, hvor vi sammenligner karakteristika for stikprøven med populationen både på nationalt og regionalt niveau. Vi har bl.a. undersøgt, om stikprøven er repræsentativ i forhold til karakteristika som aldersfordeling, sygedagpengeforløbets længde, fordelingen mellem sygedagpengeforløb og efterfølgende jobafklaringsforløb, forsørgelse før sygemelding, antal ophold, type af ophold, tiden mellem 1. og 2. ophold og status før og efter sygemelding. Resultaterne på både nationalt og regionalt niveau har ikke vist væsentlige afvigelser mellem stikprøve og population.

Endelig har vi i vores kodebog haft indbyggede datavalideringer, der fx sikrede, at der blev udfyldt datoer i datofelter, eller at celler blev låst, hvis ikke de var relevante at udfylde. Inden vi begyndte at analysere data, havde vi lavet logiske tests af de kodede data for at sikre mod fejlregistrering. Dette har vi gjort for at styrke validiteten af registreringen.

Standarderne for offentlig revision

Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision. Standarderne fastlægger, hvad brugerne og offentligheden kan forvente af revisionen, for at der er tale om en god faglig ydelse. Standarderne er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).

Bilag 2. Ordliste

Aktionsdiagnose	Er den diagnose, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulante kontakt, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlingsforløb.
Arbejdspladsbaseret indsats	En arbejdspladsbaseret indsats skal have fokus på borgerens tilbagevenden til arbejde. Indsatsen kan fx tage form af gradvis tilbagevenden til arbejde, tilbud om virksomhedspraktik eller tilbud om ansættelse med løntilskud.
Delvis raskmelding	Betyder, at borgeren arbejder på nedsat tid. Borgeren modtager løn for arbejdstiden og sygedagpenge for den resterende tid. Hvis man får fuld løn under sygdom, modtager arbejdsgiveren refusion svarende til det, som borgeren ville have modtaget i sygedagpenge, hvis ikke borgeren havde ret til løn under sygdom.
Det Fælles it-baserede Datagrundlag (DFDG)	DFDG er datagrundlag for data på beskæftigelsesområdet på personniveau vedrørende beskæftigelsesindsats. DFDG indeholder oplysninger om ydelser og forsørgelsehistorik.
Direkte kontakt	Ved direkte kontakt forstår vi al kontakt mellem jobcentermedarbejdere og medarbejdere ved psykiatrien, der ikke foregår via lægeattester. Direkte kontakt kan fx være telefonopkald, mailkorrespondance og møder.
Epikrise	En epikrise udføres, når behandlingen af en borger er afsluttet eller skal overdrages fra én læge til en anden, fx fra en læge i regionen til praktiserende læge.
Fokusrevision	Formålet med en fokusrevision er at opnå viden om, hvorvidt kommunerne forvalter en særlig del af beskæftigelsesindsatsen i overensstemmelse med lovgivningen og Folketingets intentioner. Det er Beskæftigelsesministeriet, der gennemfører fokusrevisioner.
Forlængelsesregler	En borgers sygedagpengeforløb kan forlænges, hvis: <ul style="list-style-type: none"> • revalidering skønnes overvejende sandsynligt • virksomhedspraktik eller lignende er nødvendigt for at afklare arbejdsevnen • vedkommende afventer eller får behandling og skønnes at kunne genoptage arbejdet inden for 134 uger • det skal vurderes, om vedkommende kan få resurseforløb, fleksjob eller førtidspension • der er tale om en livstruende sygdom • der er rejst en arbejdsskadesag • Kommunen har modtaget ansøgning om førtidspension.
IPS (Individuelt Planlagt job med Støtte)	IPS er en metode med fokus på, at borgerne skal hurtigt ind på arbejdsmarkedet og tilbydes støtte, mens de er på arbejdsmarkedet. I IPS-projekter tilbyder man således en kombineret sundheds- og beskæftigelsesindsats for borgere med psykiske lidelser.
Klinisk Funktion	Er en regional enhed med hjemmel i beskæftigelseslovgivningen. Læger, psykiatere og psykologer yder sundhedsfaglig rådgivning og udarbejder lægeattester til kommunerne i personsager vedrørende fleksjob, resurseforløb, jobafklaringsforløb, førtidspension, mv. Udgiften til den sundhedsfaglige rådgivning afholdes af kommunerne.
Landspatientregisteret (LPR)	Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen i forbindelse med fx undersøgelser eller behandlinger, indberetter sygehusene en række oplysninger. Alle disse oplysninger samles som data i LPR, der administreres af Sundhedsdatastyrelsen.
Lovgivningskrav til fyldestgørende Min Plan	<ul style="list-style-type: none"> • klart jobmål • plan, herunder aktiviteter og indsatser for at komme tættere på arbejdsmarkedet • aftaler med jobcenter.

Lovgivningskrav til fyldestgørende rehabiliteringsplan	<ul style="list-style-type: none">• beskæftigelses- eller uddannelsesmål• delmål for indsatsen• konkrete tilbud• løbende opfølgning.
MedCom	Har ansvar for at udvikle og udbrede tværsektorielle digitale kommunikationsløsninger. MedCom er en nonprofitorganisation, ejet og finansieret af Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL. Formålet med MedCom er bl.a. at standardisere og digitalisere de hyppigst forekommende kommunikationsstrømme mellem praktiserende læger, sygehuse og kommuner.
Min Plan	Alle målgrupper i beskæftigelsesloven, herunder sygedagpengemodtagere og personer i jobafklaringsforløb, skal have udarbejdet en Min Plan. Planen indeholder elementer som fx jobmål, den beskæftigelsesrettede indsats og tilbud samt andre aftaler.
NetForvaltning Sundhed (NFS)	Sikrer en sikker kommunikation mellem kommuner og læger i forbindelse med indhentning af lægeattester. Arbejdsgangen foregår digitalt med integration til praktiserende læges eget lægesystem. EG A/S håndterer udsendelse af anmodning om og scanning af attester, når læger og sygehuse ikke er digitale.
Netværksmøder	Ved netværksmøder forstår vi møder, hvor der deltager fagpersoner fra minimum 3 forskellige områder. Det kan fx være et møde mellem psykiatrien, jobcenter og socialforvaltning. Enkelte regioner har oplyst, at de opererer med en definition af netværksmøder, som ikke skeler til antallet af deltagere.
Ordinær mentor	Jf. LAB-loven kan jobcentret bevilge mentorstøtte med henblik på at fremme, at en person kan opnå eller fastholde aktiviteter, tilbud, ordinær uddannelse, ansættelse i fleksjob eller ordinær ansættelse. Mentorstøtte er en personlig støtte, og kontaktformen er fleksibel. Således kan mentoren løbende mødes med personen, fx hjemme hos personen eller i forbindelse med en aktivitet.
Projekt IBBIS	Projekt IBBIS arbejder med IPS-metoden. IBBIS er en integreret sundhedsfaglig og beskæftigelsesrettet indsats til sygemeldte borgere med angst, depression, stress, udbrændthed og tilpasningsreaktioner. Formålet er at få borgeren godt tilbage på arbejdsmarkedet.
Rehabiliteringsplan	Under jobafklaringsforløb kan en rehabiliteringsplan træde i stedet for Min Plan. Rehabiliteringsplanen består af 2 dele – en forberedende del og en indsatsdel. Indsatsdelen skal indeholde et konkret mål og en plan for de tværfaglige indsatser for borgeren. Den skal opdateres, når der sker en udvikling i borgerens forløb.
Rehabiliteringsteam	Kommunernes tværfaglige rehabiliteringsteam behandler sager dels om jobafklaringsforløb, dels om resurseforløb, fleksjob og førtidspension. Teamet skal sikre, at alle relevante kompetencer står sammen om at anlægge et helhedsorienteret perspektiv på borgere, der er syge og ikke længere kan modtage sygedagpenge. I teamet sidder typisk repræsentanter fra beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet samt en sundhedskoordinator fra Klinisk Funktion.
Revurdering	Retten til sygedagpenge ophører efter udløbet af en kalendermåned, når der er udbetalt sygedagpenge eller løn i mere end 22 uger i de 9 forudgående kalendermåneder. Der behøver ikke være tale om 22 ugers sammenhængende forløb.
Somatisk diagnose	Er en diagnose, der vedrører en legemlig lidelse. Betegnelsen somatisk bruges således i modsætning til psykiske eller psykosomatiske sygdomme.
Statusattest	Lægeattesten anvendes af kommunen til indhentning af journaloplysninger, hvor der samtidig er ønske om lægens vurdering af betydningen af disse for den konkrete sag og dermed borgerens forløb.

Sundhedsdatastyrelsen (SDS)	Har til opgave at skabe sammenhængende sundhedsdata og digitale løsninger til gavn for patienter og klinikere samt forskningsmæssige og administrative formål i sundhedsvæsenet. Styrelsen stiller sundhedsdata til rådighed, styrker den overordnede digitalisering, monitorerer og følger op på politiske mål og aftaler mv.
Sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien	Vi definerer sygemeldte borgere med forløb i psykiatrien, som borgere, der forventes sygemeldt i over 8 uger og derfor er visiteret til kategori 2, og borgere i jobafklaringsforløb, der har et samtidigt forløb i den regionale psykiatri.
Tekniske forlængelser	Jobcentret kan ikke stoppe for udbetalingen af sygedagpenge, hvis ikke der er truffet en gyldig afgørelse i sagen. Er en sygedagpengesag ikke tilstrækkeligt oplyst ved revideringstidspunktet eller ved udløbet af en forlængelse, kan kommunen først træffe afgørelse om ophør af udbetaling af sygedagpenge, når sagen er tilstrækkeligt oplyst. Det følger af dom afsagt af Højesteret den 10. september 2015.
Tilbud	Jobcentret kan, jf. LAB-loven give borgeren tilbud som fx virksomhedspraktik, delvis raskmelding, vejledning- og opkvalificering, mentorstøtte eller andre særligt tilrettelagte tilbud. Tilbuddene skal bringe borgeren tættere på job.
Tunnelmail	Tunnelmail består af en såkaldt tunnelkryptering, som sikrer, at alle mails mellem dem (de domæner), der er tilknyttet løsningen, sendes som sikre (krypterede mails). Dette fjerner risikoen for, at en medarbejder skulle glemme at sende sikkert. Samtidig har løsningen et indbygget adressehierarki med alle, der er tilknyttet tunnelmail-listen.
Visitationskategorier	Der er 3 visitationskategorier på sygedagpengeområdet: Kategori 1: Sager, hvor dato for forventet fuld raskmelding ligger inden for 8 uger regnet fra første fraværsdag. Kategori 2: Sager, hvor fuld raskmelding forventes senere end 8 uger regnet fra første fraværsdag. Kategori 3: Sager, hvor fuld raskmelding forventes senere end 8 uger regnet fra første fraværsdag, hvor der ud over de helbredsmæssige forhold er andre udfordringer i forhold til den sygemeldtes muligheder for at vende tilbage til arbejde, herunder sociale forhold, og hvor der vurderes at være behov for at iværksætte en tværfaglig indsats.
