



Afsluttende projektevaluering

Tværfaglig koordineret indsats



Ortopædisk GenoptræningsCenter og Jobcenter Aarhus

Sundhed og Omsorg
Sociale Forhold og Beskæftigelse
Århus Kommune

2012

Afsluttende projektevaluering. Tværfaglig koordineret indsats

Udarbejdet af Jes Bak Sørensen¹, Astrid Kriegbaum Westphael¹, Tine Munk Ramskov², Stine Østergaard³

¹Sundhed og Velfærd, Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

²Ortopædisk GenoptræningsCenter, Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

³Beskæftigelsesforvaltningen, Sociale Forhold og Beskæftigelse, Aarhus Kommune

Februar 2012

For yderligere information kontakt venligst Jes Bak Sørensen, jbs@aarhus.dk, tlf. 89 40 13 25 eller Tine Munk Ramskov, tmr@aarhus.dk eller tlf. 87 13 36 25

Tværfaglig koordineret indsats (TKI) er gennemført i samarbejde mellem Sundhed og Omsorg og for Sociale Forhold og Beskæftigelse. Projektet er gennemført på Ortopædisk GenoptræningsCenter, MarselisborgCenteret, Aarhus Kommune

Evalueringen kan downloades på Aarhus Kommunes hjemmeside www.aarhus.dk under Ortopædisk GenoptræningsCenter. Direkte link: <http://www.aarhus.dk/da/borger/sundhed-og-sygdom/Traening-og-rehabilitering/Ortopaedisk-GenoptraeningsCenter.aspx>

Der er i 2009 gennemført en evaluering, hvor analyserne er foretaget for borgere afsluttet i sygedagpengesystemet indenfor projektperioden (2008-2009) (1). Den tidligere evalueringsrapport kan ligeledes downloades på Aarhus Kommunes hjemmeside

Forsidebilledet fra Ortopædisk GenoptræningsCenter er taget af Allan Witte, Sundhed og Omsorg

De indsamlede data, resultater og konklusioner fra rapporten kan anvendes af enhver med reference til kilden



Indhold

Resumé	4
Tværfaglig Koordineret Indsats.....	5
Formål for den afsluttende projektevaluering	7
Metode i evalueringen.....	8
Resultater	10
Diskussion	18
Konklusion og perspektivering	22
Referencer	25
Bilag	26

Resumé

I projektet Tværfaglig Koordineret Indsats (TKI) tilbydes sygemeldte borgere, henvist til genoptræning efter ortopædkirurgisk intervention, en tværfaglig og koordineret indsats med deltagelse af fysioterapeut og sygedagpengesagsbehandler. Ved på denne måde at arbejde med rehabilitering på tværs af kommunens sundheds- og beskæftigelsesopgaver opnås nye muligheder for at gribe tidligt ind i sygdomsforløb og tilstande, hvor borgeren er i risiko for at blive marginaliseret på arbejdsmarkedet. TKI er gennemført i samarbejde mellem Sundhed og Omsorg og Sociale Forhold og Beskæftigelse. TKI-projektet blev opstartet i november 2007, afsluttet i juni 2009 og er siden overgået til drift.

Formålet med den afsluttende evaluering er at gennemføre analyser på borgerniveau af TKI's effekter i forhold til at afkorte sygedagpengeforløb og vurdere borgernes udbytte af indsatsen, samt at vurdere de sundhedsøkonomiske konsekvenser af TKI-projektet. Evalueringen baseres på en undersøgelse af 75 borgere, som er inkluderet i evalueringens randomiserede design, hvor en interventionsgruppe følger TKI, mens en kontrolgruppe har modtaget Aarhus Kommunes standardtilbud for henholdsvis genoptræning og sygedagpengeopfølgning efter ortopædkirurgisk intervention. I nærværende evaluering er sygedagpengeforløbet for alle inkluderede borgere afsluttet.

Effektvurderingen finder en forskel i tid fra inklusion til afsluttet sygedagpengeforløb på 52 dage mellem TKI og Aarhus Kommunes standardtilbud. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant. Evalueringen finder dog, at en statistisk signifikant større andel af borgerne i TKI raskmeldes ved ophør af sygedagpengesag i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud.

Borgernes fysiske og mentale livskvalitet forbedres i TKI, mens den positive ændring kun findes for fysisk livskvalitet hos modtagere af Aarhus Kommunes standardtilbud. Samlet set er der ikke forskel mellem interventions- og kontrolgruppens udbytte i helbredsrelateret livskvalitet. Borgere som er sygemeldt efter ortopædkirurgisk intervention, har en dårligere livskvalitet end den generelle befolkning i Aarhus Kommune, samt borgere med kroniske sygdomme, der skal påbegynde et lægehenvist sundhedskursus. De kommunale rehabiliterende tilbud bør tage højde for dette og yde den nødvendige støtte til den enkelte borger.

Samlet set viser den sundhedsøkonomiske analyse, at TKI er omkostningseffektiv og rentabel for Aarhus Kommune. TKI koster 0,6 mio. kr. mere årligt end Aarhus Kommunes standardtilbud, hvilket svarer til en pris på cirka 6.000 kr. pr. borger, der tilbydes TKI og cirka 32.000 kr. pr. ekstra raskmeldt borger. 32.000 kr. pr. ekstra raskmeldt borger vurderes at være omkostningseffektivt for Aarhus Kommune. Den større andel raskmeldte i TKI i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud medfører en samlet besparelse i TKI på cirka 3,6 mio. kr. pr. år og dermed en samlet økonomisk gevinst på cirka 3,0 mio. kr. pr. år. Aarhus Kommunes andel udgør cirka 1,3 mio. kr. pr. år og statens andel udgør cirka 1,7 mio. kr. pr. år. Fordelingen af de økonomiske gevinster mellem Aarhus Kommune og staten er følsomme overfor løbende ændringer i refusionssatserne fra stat til kommune.

TKI er siden projektets afslutning overgået til drift. I dag arbejder alle terapeuter – fysio- såvel som ergoterapeuter – med den tværfagligt koordinerede indsats, ligesom der i dag er 2 sagsbehandlere, som arbejder med fuldt sagsantal på Ortopædisk GenoptræningsCenter. Der planlægges en randomiseret evaluering af TKI i indsatsens nuværende form.

Tværfaglig Koordineret Indsats

Baggrund og mål for den tværfaglige indsats

Med strukturreformen og den ny Sundhedslov fik Sundhed og Omsorg pr. 1. januar 2007 myndigheds- og finansieringsansvaret for den ambulante genoptræning af borgere, der efter sygehusindlæggelse har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Fra maj 2007 begyndte Aarhus Kommune at hjemtage genoptræningsopgaver fra Region Midtjylland for borgere, der har gennemgået en ortopædkirurgisk intervention. Disse genoptræningsopgaver løses på Ortopædisk GenoptræningsCenter beliggende på MarselisborgCentret. Antallet af borgerforløb på Ortopædisk GenoptræningsCenter er støt stigende. I 2008 gennemgik cirka 1.200 borgere et genoptræningsforløb på OGC, og i 2009 og 2010 var der henholdsvis cirka 1.400 og cirka 1.500 borgerforløb. Foreløbige opgørelser for 2011 tyder på 1.600 til 1.700 borgerforløb.

I projektet Tværfaglig Koordineret Indsats (TKI) tilbydes sygemeldte borgere, henvist til genoptræning efter ortopædkirurgisk intervention, en tværfaglig og koordineret indsats med deltagelse af fysioterapeut og sygedagpengesagsbehandler. Ved på denne måde at arbejde med rehabilitering på tværs af kommunens sundheds- og beskæftigelsesopgaver opnås nye muligheder for at gribe tidligt ind i sygdomsforløb og tilstande, hvor borgeren er i risiko for at blive marginaliseret på arbejdsmarkedet. TKI er gennemført i samarbejde mellem Sundhed og Omsorg og Sociale Forhold og Beskæftigelse. Projektperioden var med start i november 2007 og afsluttedes i juni 2009. I projektperioden var én sagsbehandler placeret på Ortopædisk Genoptræningscenter. På baggrund af de gode erfaringer og de positive resultater fra den første evaluering (1) er TKI fra 2009 videreført med to sygedagpengesagsbehandlere placeret på Ortopædisk GenoptræningsCenter.

Målet for TKI i projektperioden er gennem koordinering af genoptræning og sygedagpengeopfølgning at:

- Identificere og afkorte sygedagpengeforløb i forhold til sammenlignelige sygedagpengeforløb uden en tværfaglig og koordineret indsats
- Give den sygemeldte borger, der er i et genoptræningsforløb, et rehabiliteringstilbud, der fremmer den enkelte borgers muligheder for at opnå så god en funktions- og arbejdsevne som muligt efter sygdomsforløb eller på trods af sygdom
- Opsamle erfaring og uddrage læring om hvilke handlinger og tiltag der er afgørende for, at borgerne opnår så god en funktionsevne som muligt og fastholdes på arbejdsmarkedet
- Dokumentere omfanget af fælles borgerforløb mellem genoptræning efter ortopædkirurgisk intervention og sygedagpengeopfølgning i Aarhus Kommune

Målgruppe

Målgruppen for TKI er borgere i Aarhus Kommune mellem 18 og 65 år, som er i genoptræningsforløb på Ortopædisk GenoptræningsCenter efter ortopædkirurgisk intervention og samtidigt i sygedagpengeopfølgning i Jobcenter Aarhus. I forbindelse med udvælgelsen af sager tager fysioterapeut og sagsbehandler udgangspunkt i kategoriseringen fra sygedagpengesystemet, som den så ud i projektperioden:

- Kategori 1: 'Nemme sager', hvor borgeren forventes at vende tilbage til arbejdsmarkedet indenfor nærmeste fremtid. Borgeren har selv lavet en plan for tilbagevenden til arbejde og det vurderes, at der ikke er det store behov for TKI

- Kategori 2: 'Risiko sager', hvor borgeren har en uklar diagnose/sygdom, risiko for langvarig sygdom eller behandlingsforløb, samt en truet arbejdsevne. Disse borgere kan tilbydes TKI, men erfaringer viser, at der kan være brug for inddragelse af andre aktører (fx sociallæge eller psykolog)
- Kategori 3: 'Langvarige sager', hvor borgeren har et forudsigeligt og længerevarende undersøgelses- og behandlingsforløb med en klar prognose og truet arbejdsevne. Gruppen omfatter en bred personkreds, hvor støtte og hjælpeforanstaltninger kan være meget forskellige. I første omgang inkluderes primært borgere i kategori 3, hvor fysioterapeut og sagsbehandler vurderer, at der er god mulighed for effekt og gavn af TKI.

Borgere, der har fået foretaget en ortopædkirurgisk intervention, udgør omkring halvdelen af alle de almene genoptræningsplaner, der modtages i Aarhus Kommune. To ud af tre borgere henvist til Ortopædisk GenoptræningsCenter er i den erhvervsaktive alder, dog er det ikke alle disse borgere, der rent faktisk er sygemeldte. Trods dette betyder det samlet, at der potentielt er en stor målgruppe for TKI.

Indsatsen

TKI havde i projektperioden tilknyttet én fuldtids-sagsbehandler udstationeret på Ortopædisk GenoptræningsCenter samt 37 fysioterapeuttimer ugentligt, fordelt på 3 fysioterapeuter. Både sagsbehandler-timer og fysioterapeut-timer var ekstratimer i forhold til den almindelige normering. Den ene fysioterapeut delte projektansvaret med sagsbehandleren. Projektet havde i opstartsfasen tilknyttet en socialoverlæge som projektleder. Derudover havde projektet støtte fra en sundhedskonsulent i Sundhed og Omsorg til den systematiske dokumentation og evaluering af projektet.

Borgere, som tilbydes TKI, findes ved, at projektmedarbejderne en gang ugentligt indhenter oplysninger fra de to magistratsafdelingers informationssystemer, hvorved fællesmængden af sygedagpengemodtagere henvist til Ortopædisk GenoptræningsCenter identificeres. Blandt de identificerede borgere udvælger sagsbehandler og fysioterapeut relevante sager. Udvalgelse foretages på baggrund af faglige vurderinger, hvori konkurrerende diagnoser og sygdomslængde, opfølgingsplaner og andre tiltag fra beskæftigelsesforvaltningen indgår. Antallet af nye borgere, der inkluderes i TKI, afhænger desuden af sagsbehandlers kapacitet i forhold til at tage nye sager ind. Sagsbehandler og fysioterapeut afholder 3 ugentlige koordineringsmøder, og der laves ugentligt en gennemgang af de igangværende sager (tabel 1).

Efter borgerens første samtale med sagsbehandler og opstart på genoptræningen, udarbejdes en individuel opfølgingsplan for borgeren (tabel 1). Opfølgingsplanen for tilbagevenden til arbejdsmarkedet er individuel og tilrettelagt efter borgerens behov og ønsker. Ideelt set er det borgeren, der formulerer sin opfølgingsplan med støtte fra fysioterapeut og sagsbehandler. Borgeren deltager i en opfølgningssamtale med fysioterapeut og sagsbehandler – eksempelvis hvis der er usikkerhed i forhold til borgerens arbejdsmæssige fremtid. Samtalen afsluttes med en opfølgingsplan, der beskriver det videre forløb (fx dato for ny opfølgningssamtale eller dato for opstart af arbejde). Den tværfagligst koordinerende indsats har et klart og tidligt fokus på tilbagevenden til arbejde. Borgerne følger almindelige genoptræningsforløb på Ortopædisk GenoptræningsCenter, samt et almindeligt sygedagpengeopfølgingsforløb som foregår hos sagsbehandleren udstationeret på Ortopædisk GenoptræningsCenter. Det særlige i TKI er således primært koordineringen af indsatserne, men samtidigt også den særlige mulighed for at iværksætte en tidlig indsats umiddelbart efter at borgeren har gennemgået et ortopædkirurgisk indgreb.

Tabel 1. Indhold i TKI og Aarhus Kommunes standardtilbud

Tekst	Aarhus Kommunes standardtilbud	TKI
Placering af funktioner	<ul style="list-style-type: none">▪ Sygedagpengeopfølgning i Job-Center Aarhus▪ Genoptræning på Ortopædisk GenoptræningsCenter (OGC)	<ul style="list-style-type: none">▪ Sygedagpengeopfølgning og genoptræning på Ortopædisk GenoptræningsCenter (OGC)
Koordinering af indsatser	<ul style="list-style-type: none">▪ Ikke systematisk	<ul style="list-style-type: none">▪ Daglig kontakt mellem fysioterapeut og sagsbehandler▪ 3 ugentlige koordineringsmøder og ugentlig gennemgang af igangværende sager
Forløb og indsats	<ul style="list-style-type: none">▪ Standard sygedagpengeopfølgning i Jobcenter Aarhus▪ Standard genoptræning på OGC	<ul style="list-style-type: none">▪ Identifikation af borger i informationssystemer og udvælgelse af relevante sager▪ Overførsel af relevant sygedagpengesag fra Jobcenter til OGC▪ Første samtale mellem borger og sagsbehandler på OGC▪ Opstart på genoptræning▪ Udarbejdelse af individuel opfølgningsplan▪ Mulighed for opfølgningssamtale mellem borger, sagsbehandler og fysioterapeut▪ Mulighed for samtræningshold eller kontrolbesøg, hvis genoptræning afsluttes før sygedagpengesag

Der er i TKI udviklet en spørgeguide for fysioterapeuterne på Ortopædisk GenoptræningsCenter, der anvendes med henblik på at koble genoptræning sammen med fokus på arbejdsevne og tilbagevenden til arbejdsmarkedet (bilag 1). Spørgeguiden medvirker til at sikre, at alle fysioterapeuter kommer omkring relevante emner for borgerne. Der er desuden etableret samtræningshold og kontrolbesøg på Ortopædisk GenoptræningsCenter for at sikre en tværfaglig indsats og kontekst i TKI over en længere tidsperiode end genoptræningsforløbene normalt tillader.

Formål for den afsluttende projektevaluering

I denne afsluttende projektevaluering er der gennemført analyser, hvor alle borgere, der indvilligede i at deltage i evalueringen, har afsluttet deres sag i sygedagpengesystemet. Dette giver mulighed for analyser af det samlede datasæt i det randomiserede design i modsætningen til den første evaluering, som ikke havde et fuldt datasæt til rådighed. Formålet er således, på baggrund af det fulde datamateriale, at analysere indsatsens effekt i forhold til at afkorte sygedagpengeforløb, borgernes udbytte og sundhedsøkonomien. På baggrund af resultaterne fra den første evaluering af TKI, er det denne evalueringens hypotese, at TKI fører til kortere sygemelding, og at TKI er omkostningseffektiv og rentabel.

Metode i evalueringen

Evalueringsdesign

Evalueringen af TKI anvender et randomiseret design, hvor en gruppe borgere, der følger TKI (interventionsgruppen), er sammenlignet med en gruppe borgere, der modtager Aarhus Kommunes standardtilbud for henholdsvis genoptræning og sygedagpengeopfølgning efter ortopædkirurgisk intervention (kontrolgruppen) (figur 1). Inklusion til evalueringen blev påbegyndt i august 2008 og afsluttet i november 2008 (uge 32 til 46). TKI havde på dette tidspunkt inkluderet borgere i omkring seks måneder. Alle borgere inkluderet i evalueringen blev skriftligt orienteret og evalueringen er godkendt af Borgmesterens Afdeling, Personalejura og IT-Sikkerhed, der koordinerer Aarhus Kommunes anmeldelser til datatilsynet.

I evalueringsperioden blev der trukket lod blandt borgere visiteret til TKI i forhold til placering i interventions- eller kontrolgruppen. Lodtrækning og inklusion blev fortaget af fysioterapeut og sagsbehandler i forbindelse med den ugentlige visitation. Alle borgere i interventionsgruppen blev tilbudt TKI på Ortopædisk GenoptræningsCenter, mens kontrolgruppen blev tilbudt Aarhus Kommunes standardtilbud for henholdsvis genoptræning på Ortopædisk GenoptræningsCenter og sygedagpengeopfølgning på et jobcenter. Tilgangen blev vurderet etisk forsvarlig, da der ikke på daværende tidspunkt var grundlag for at vurdere, om TKI var bedre end standardtilbuddet for den enkelte borger.

Effekten af TKI vurderes i nærværende evaluering på baggrund af:

- Primært effektmål: Forskellen i længde af sygedagpengeperiode fra inklusion til afsluttet sygedagpengesag mellem interventions- og kontrolgruppen
- Sekundære effektmål: Forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen på baggrund af oplysninger fra kommunale informationssystemer og ændringerne i borgernes selvvaluerede helbred. Oplysninger fra de kommunale informationssystemer er bl.a., hvad sygedagpengeforløbet afsluttes til (fx raskmelding), antal lægeattester, overskridelser i sygedagpengesager, antal gange til genoptræning og hyppigheden af samtaler med sagsbehandler

Analysen af borgernes udbytte af TKI vurderes på baggrund af ændringer i borgerens helbredsrelaterede livskvalitet og borgernes vurdering af deres nuværende og fremtidig situation.

Den sundhedsøkonomiske analyse gennemføres som en omkostningseffektivitets analyse, samt en kasseøkonomisk analyse.

Datamateriale og statistisk analyse

Oplysninger om længde af sygedagpengeperiode, ophørsårsag, forsørgelsesgrundlag ved sygemelding mm indhentes fra informationssystem i Sociale Forhold og Beskæftigelse. Oplysninger om antal gange til genoptræning indhentes fra informationssystem i Sundhed og Omsorg. Oplysninger om helbredsrelateret livskvalitet, selvvalueret helbred og borgernes vurdering af nuværende og fremtidig situation indhentes via spørgeskema udfyldt ved inklusion og igen ved afslutning af sygedagpengeforløbet. Returneres spørgeskemaet ikke indenfor en uge, kontaktes borgeren telefonisk.

Sumscorene for fysisk og mental livskvalitet i SF-12v2 forudsætter komplette datasæt, hvorfor manglende data er erstattet ved imputation på baggrund af borgerens besvarelser af de øvrige spørgsmål i SF-12v2 (Stata 9.2 (StataCorp, Texas, USA)). Erstatning af manglende data i SF-12v2 anvendes ofte for at sikre komplette datasæt (2; 3) og imputationsmetoden vurderes mere solid end simple alternativer (4). Inden de statistiske analyser er påbegyndt, er der fo-

retaget datarensning, hvor datamaterialet gennemgås for at sikre, at det ikke indeholder afvigende værdier eksempelvis som følge af fejlindtastning.

Analyserne er gennemført efter intention-to-treat princippet – det vil sige uden hensyntagen til borgernes adhærens med interventionen. Analyserne er foretaget for deltagere med komplette datasæt (enten komplette i udgangspunktet eller efter erstatning i SF-12v2 ved imputation som beskrevet ovenfor) og indflydelsen af frafald er vurderet. Baseline beskrivelse af data er foretaget med anvendelse af konfidensintervaller. Sammenligning af ændring i de to grupper er foretaget fra inklusion til afsluttet sygedagpengesag. For normalfordelte variable er anvendt en regressionsmodel, hvor der kontrolleres for baseline. For ikke-normalfordelte variable er anvendt en Wilcoxon rank sum test. Ændring i proportioner er foretaget med anvendelse af tovejs frekvenstabeller samt med anvendelse af χ^2 , Fischer's Exact Test, samt enten McNemar's test for marginal homogenitet eller Two-sample Wilcoxon rank-sum test (5). Udvikling over tid internt i de to grupper er foretaget med parret t-test eller Wilcoxon signrank test. Alle statistiske analyser er foretaget i Stata 9.2 (StataCorp, Texas, USA). Statistisk signifikans er fastsat til $p < 0,05$.

Resultater

Beskrivelse af målgruppen

75 borgere er inkluderet og randomiseret i evalueringen, hvoraf 67 indgår i baselinesammenligningen (tabel 2 og figur 1). 8 borgere har ikke ønsket at deltage i evalueringen (1). De 67 borgere, der har deltaget i baselinesammenligningen, er i gennemsnit 41,8 år, 60 % er mænd og 40 % er kvinder (tabel 2). Borgerne har i gennemsnit været på sygedagpenge 63 dage før inklusion i projektet, men antallet af dage varierer fra 3 til 278 dage. 87 % er sygemeldte fra et job, 6 % fra A-kasse og 7 % er selvstændige. Eneste statistisk signifikante forskel mellem grupperne er, at kontrolgruppen er 4,8 år ældre end interventionsgruppen (tabel 2). 63 % af borgerne vurderer deres helbred som godt – heraf en større andel i kontrolgruppen end i interventionsgruppen (bilag 2). 78 % vurderer deres mulighed for at blive helt rask som god, mens 84 % vurderer deres mulighed for at komme i arbejde som værende god, og 72 % vurderer deres mulighed for at undgå langvarige sygemeldinger i fremtiden som god (bilag 2).

Tabel 2. Baselinebeskrivelse. Baggrundsplysninger om borgerne i evalueringen

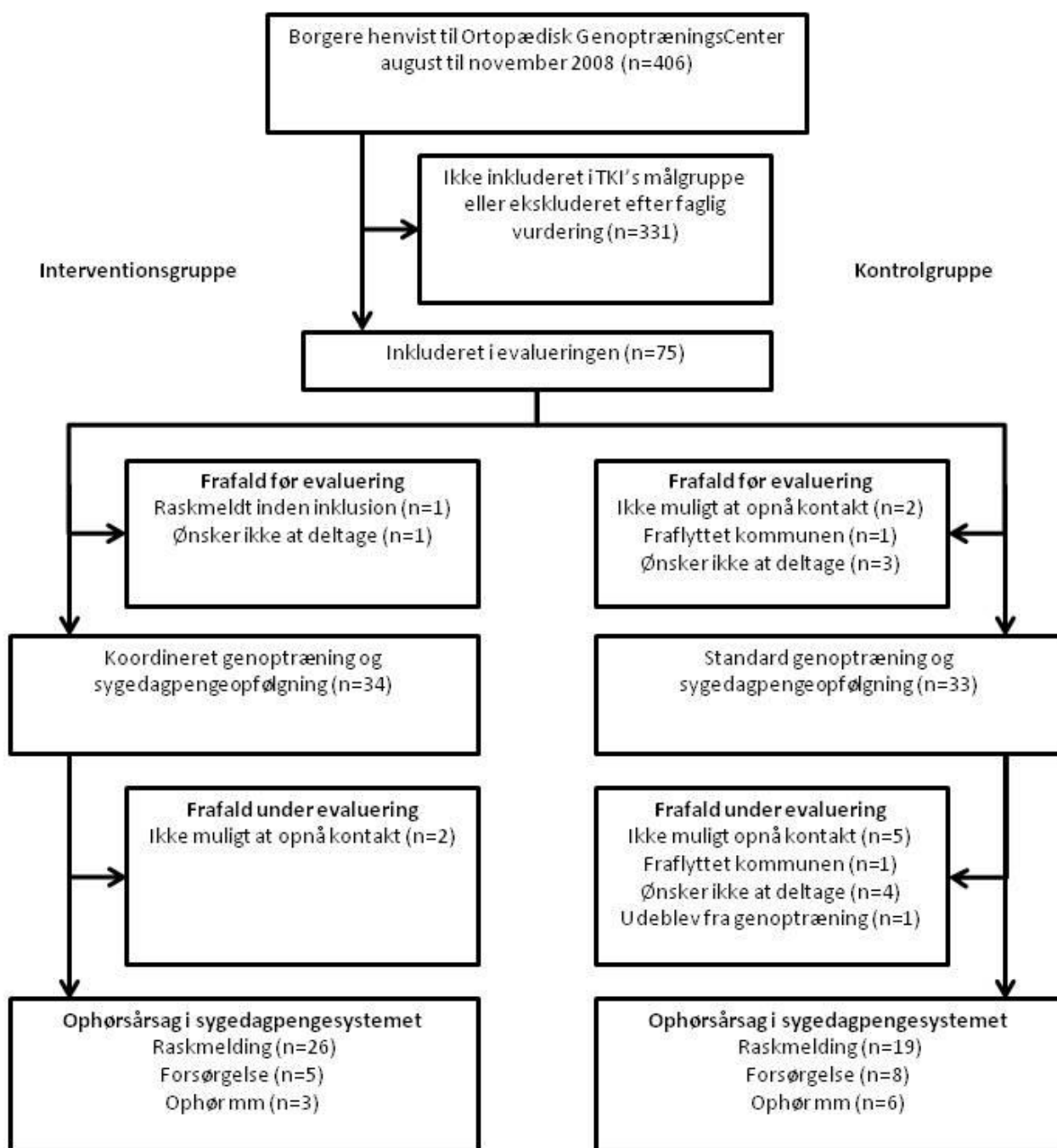
Tekst	Alle	Kontrolgruppe	Interventionsgruppe
Antal	67	33	34
Køn			
▪ Kvinder (%)	40 (28;52)	36 (19;54)	44 (27;62)
▪ Mænd (%)	60 (48;72)	64 (46;81)	56 (38;73)
Alder (år)	40,8 (37,9;43,6)	38,3 (34,3;42,4)	43,1 (39,1;47,1)
Sygedagpenge før inklusion (dage)	63 (48;79)	62 (41;83)	64 (41;87)
Forsørgelsesgrundlag før sygemelding			
▪ Job (%)	87 (78;95)	82 (68;95)	91 (81;101)
▪ A-kasse (%)	6 (0;12)	9 (-1;19)	3 (-3;9)
▪ Selvstændig (%)	7 (1;14)	9 (-1;19)	6 (-2;14)

95 % konfidensinterval er angivet i parentes

Analyse af frafald i evalueringen

Frafaldsanalysen anvendes til at vurdere om resultaterne er influeret af frafald i de to grupper, og om frafaldet betyder noget for sammenligneligheden af de to grupper. Frafall før evalueringen omfatter 8 borgere (2 fra interventions- og 6 fra kontrolgruppen) (figur 1). Blandt de borgere, der stopper før evalueringen, er der en tendens til et længere sygedagpengeforløb forud for inklusion, samt en større andel mænd (1). Frafall i evalueringen omfatter 13 borgere (figur 1 og bilag 3). Dette frafall er udelukkende betydende for besvarelsen af det afsluttende spørgeskema, da oplysninger fra henholdsvis informationssystemer i Sociale Forhold og Beskæftigelse, samt Sundhed og Omsorg er tilgængelige for alle borgere, der har accepteret at deltage i evalueringen.

Frafaldet i evalueringen i interventionsgruppen er på 6 % (2 borgere), mens frafall i evalueringen i kontrolgruppen er på 33 % (11 borgere) (bilag 3). Borgere i kontrolgruppen, der stopper i evalueringen, er kendetegnet ved at være yngre og have et længere forløb på sygedagpenge, en lavere andel med et godt selv vurderet helbred og en dårligere fysisk livskvalitet end de i kontrolgruppen, der gennemfører evalueringen (bilag 3). Frafall i interventionsgruppen vurderes ikke at påvirke resultatet. Blandt de der gennemfører evalueringen, er der en tendens til, at interventionsgruppen har været længere tid i sygedagpengesystemet forud for inklusion end kontrolgruppen (bilag 3). Desuden har kontrolgruppen et bedre selv vurderet helbred og en tendens til bedre mental livskvalitet.



Figur 1. Flowdiagram og oversigt over det randomiserede design. Ophørsårsager i sygedagpengesystemet: Raskmelding (raskmelding sikrede, raskmelding forvaltning), forsørgelse (pension, revalidering, fleksjob), ophør mm (manglende medvirken, ophør, EDB teknisk ophør, varighedsbegrænsning)

Effektvurdering

Forskellen i længde af sygedagpengeperiode til raskmelding mellem interventions- og kontrolgruppen udgør det primære mål for effekten af TKI. Analysen af datamaterialet viser, at borgerne gennemsnitligt er i sygedagpengeopfølgning i 272 dage fra første fraværdsdato til afslutning af sygedagpengesag, og 209 dage fra inklusion i evalueringen til afsluttet sygedagpengesag (tabel 3). I kontrolgruppen er det henholdsvis 297 og 235 dage, mens det i interventionsgruppen er henholdsvis 249 og 184 dage. Til trods for en forskel på henholdsvis 47 og 52 dage, er der ikke en statistisk signifikant forskel i tiden til afsluttet sygedagpengesag mellem de to grupper.

Tabel 3. Primært effektmål. Længde af sygedagpengeperiode

Tekst	Alle (n=67)	Kontrolgruppe (n=33)	Interventions- gruppe (n=34)	Forskel
Tid fra første fraværdsdato til afsluttet sygedagpengesag (dage)	272 (221;324)	297 (216;377)	249 (184;313)	-47 (-151;55) ^A p=0,356
Tid fra inklusion til afsluttet sygedagpengesag (dage)	209 (164;254)	235 (163;306)	184 (130;239)	-52 (-138;33) ^A P=0,228

95 % konfidensinterval er angivet i parentes. ^A Forskel mellem grupperne er korrigeret for baseline, hvorved forskellen kan afvige fra den simple subtraktion (statistik: Regressionsmodel, hvor der kontrolleres for baseline)

Resultaterne for de sekundære mål for effekten af TKI gengives i tabel 4. 67 % af alle sygedagpengesager i evalueringen afsluttes med en raskmelding, mens 19 % ender med en eller anden form for forsørgelse og 13 % afsluttes til ophør, hvoraf nogle forventes at overgå til kontanthjælp (tabel 4). Der er en tendens til en samlet forskel i, hvad sygedagpengesagerne afsluttes til (p=0,0992). Ser man isoleret set på afslutning til raskmelding, afsluttes sager i interventionsgruppen hyppigere til raskmelding end i kontrolgruppen og grupperne er signifikant forskellige fra hinanden i dette henseende. 76 % af sagerne i interventionsgruppen afsluttes til raskmelding mod 58 % i kontrolgruppen. Der er en tendens til færre overskridelser i sygedagpengesystemet (p=0,0802) og flere gange genoptræning i interventionsgruppen (p=0,0579). Der er ingen statistisk signifikante forskelle mellem de to grupper, hvad angår antal lægeattester og antal samtaler med sagsbehandler.

Tabel 4. Sekundære effektmål. Oplysninger fra kommunale informationssystemer

Tekst	Alle n=67	Kontrolgruppe n=33	Interventions- gruppe n=34	Forskel
Sygedagpengesag afsluttet til ^A				
▪ Raskmelding (%)	67 (56;79)	58 (40;75)	76 (62;91)	p=0,0992
▪ Forsørgelse (%)	19 (10;29)	24 (9;39)	15 (2;27)	
▪ Ophør mm (%)	13 (5;22)	18 (5;32)	9 (-1;19)	
Lægeattester i sygedagpengesager (antal)	29	15	14	1
Overskridelse i sygedagpengesager (antal)	1,5 (1,0;2,0)	1,8 (1,0;2,6)	1,1 (0,6;1,7)	-0,7 (-1,6;0,3) ^B p=0,0802
Gange til genoptræning (antal)	12,7 (10,0;15,4)	10,6 (7,4;13,7)	14,8 (10,5;19,1)	4,2 (-1,1;9,4) ^B p=0,0579
Samtaler med sagsbehandler (antal)	3,2 (2,2;4,2)	3,7 (2,1;5,3)	2,7 (1,6;3,8)	-1,0 (-2,9;0,9) ^B p=0,1527

95 % konfidensinterval er angivet i parentes. ^A Raskmelding (raskmelding sikrede, raskmelding forvaltning), forsørgelse (pension, revalidering, fleksjob), ophør mm (manglende medvirken, ophør, EDB teknisk ophør, varighedsbegrænsning) (statistik: Two-sample Wilcoxon Rank-sum test). ^B Forskel mellem grupperne er korrigeret for baseline, hvorved forskellen kan afvige fra den simple subtraktion (statistik: Regressionsmodel, hvor der kontrolleres for baseline).

Analysen af et andet sekundært effektmål for TKI – ændringer i borgernes selvvaluerede helbred – viser, at der ikke er statistisk signifikante ændringer i selvvalueret helbred fra inklusion til afslutning af sygedagpengesag (bilag 4). Der kan ikke påvises en ændring, hverken for den samlede gruppe eller for kontrol- eller interventionsgruppen hver for sig. Der kan heller ikke påvises nogen forskel i ændringen i selvvalueret helbred mellem de to grupper ($p=0,6341$, statistik: Two-sample Wilcoxon rank-sum).

Borgernes udbytte

Der er en positiv udvikling i både fysisk og mental livskvalitet for alle borgere i evalueringen, også når man ser på interventionsgruppen og kontrolgruppen hver for sig – dog ikke for mental livskvalitet i kontrolgruppen (tabel 5). Forskellen i ændring i livskvalitet mellem de to grupper er ikke statistisk signifikant ($p=0,160$ og $p=0,472$). Resultaterne viser desuden, at borgerne generelt er meget tilfredse med både TKI og Aarhus Kommunes standardtilbud. således er 87 % i kontrolgruppen tilfredse med sygedagpengesagsbehandlingen og 78 % tilfredse med genoptræningsindsatsen, mens 97 % i interventionsgruppen er tilfredse med TKI. Der er ingen ændring fra inklusion til afslutning i forhold til borgernes oplevelse af mulighed for at blive helt rask, komme i arbejde eller undgå langvarige sygdomsmeldinger i fremtiden (Bilag 4).

Tabel 5. Borgernes udbytte af TKI. Ændring i helbredsrelateret livskvalitet

Tekst	Alle n=53	Kontrolgruppe n=22	Interventions- gruppe n=31	Forskel
Ændring i ^B				
▪ Fysisk livskvalitet (SF-12 PCS)	9,4 (6,3;12,6) $p<0,00001$	11,6 (7,0;16,2) $p<0,00001$	7,9 (3,5;12,4) $p=0,0005$	-4,0 (-9,7;1,6) ^A $p=0,160$
▪ Mental livskvalitet (SF-12 MCS)	4,3 (1,3;7,3) $p=0,003$	2,1 (-1,6;5,8) $p=0,1261$	5,9 (1,3;10,4) $p=0,0064$	1,7 (-3,0;6,4) ^A $p=0,472$

^A Forskel mellem grupperne er korrigeret for baseline, hvorved forskellen kan afvige fra den simple subtraktion (statistik: Regressionsmodel, hvor der kontrolleres for baseline). ^B Statistik: Parret t-test (udvikling over tid) og regression (forskel mellem grupperne), norm-baseret scoring (US befolkning) (2).

Sundhedsøkonomisk analyse

Den sundhedsøkonomiske analyse har til formål at afdække, hvorvidt TKI i et samfundsøkonomisk perspektiv er mere omkostningseffektiv i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud for genoptræning og sygedagpengeopfølgning. Analysen gennemføres som en cost-effectiveness analyse og suppleres med en kasseøkonomisk analyse.

Cost-effectiveness analysen anvendes til sammenligning af to alternativer (i dette tilfælde TKI vs. Aarhus Kommunes standardtilbud) (6). Cost-effectiveness analysen gennemføres med tid til raskmelding og andel raskmeldte som effektmål, og på baggrund af de direkte ekstraomkostninger forbundet med TKI. Der fokuseres i analysen på de marginale effekter og omkostninger i sammenligning mellem TKI og Aarhus Kommunes standardtilbud. Forudsætningen i analyserne er, at det sygedagpengesagen afsluttes til (fx raskmeldt ledig) fastholdes det kommende år.

Den kasseøkonomiske analyse gennemføres på baggrund af omkostninger og indtægter forbundet med TKI i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud.

Analyserne begrænses til forvaltningernes perspektiv med fokus på omkostninger og besparelser relateret til Aarhus Kommune og overordnet samfundsøkonomi. Det antages implicit i analyserne, at borgerne ikke pålægges ekstraordinære udgifter i form af transport, tidsforbrug mm i forbindelse med TKI. De uhåndgribelige omkostninger vurderes ikke i analyserne.

Omkostningsopgørelse

Ressourceforbrug og værdisætning i TKI og Aarhus Kommunes standardtilbud viser et merforbrug i TKI på cirka 0,6 mio. kr. pr. år (tabel 6). Merudgifterne i TKI findes primært i personaleressourcer, da der er afsat én fysioterapeutstilling og 1/3-del sagsbehandlerstilling til ekstraordinære opgaver i forbindelse med TKI (fx projektrelaterede opgaver, borgerkontakt, koordinering, møder mm) (1). Hertil kommer udgifter til en tendens til et højere forbrug af genoptræning. De samlede omkostninger for TKI er knap 1 mio. kr. pr. år, mens Aarhus Kommunes standardtilbud koster cirka 0,4 mio. kr. pr. år (tabel 6).

Tabel 6. Ressourceforbrug og værdisætning af ressourceforbrug i TKI og Aarhus Kommunes standardtilbud

Ressourceforbrug	Standardtilbud	TKI	Forskel
Sagsbehandler (%) ^A	0	33	---
Fysioterapeut (%) ^A	0	100	---
Lægeattester (antal total)	15	14	---
Genoptræning (antal pr. borger)	10,6	14,8	---
Samtaler med sagsbehandler (antal pr. borger)	3,7	2,7	---
Sagsbehandler (kr./år) ^A	0	-122.100	---
Fysioterapeut (kr./år) ^A	0	-370.000	---
Lægeattester (kr./år) ^B	-27.529	-25.694	---
Genoptræning (kr./år) ^C	-253.552	-354.016	---
Samtaler med sagsbehandler (kr./år) ^C	-88.504	-64.584	---
Husleje og kontorhold (kr./år) ^A	0	-50.600	---
Omkostninger (kr./år)	-369.585	-986.994	-617.409
Omkostning pr. borger (kr./år)	-3.554	-9.490	-5.937

Beregning på baggrund af 104 borgerforløb pr. år. ^A Oplysninger indhentet i forbindelse med den første evalueringsrapport (1). ^B Prisfastsættelse til 600 kr. i gennemsnit på baggrund af oplysninger fra www.laeger.dk. ^C Prisfastsættelse på baggrund af en timeløn på 230 kr. (fradrag for ferie, kurser mm) og 1 time pr. gang.

Besparelsesopgørelse

Besparelsespotentialer er beregnet på baggrund af en større andel raskmeldte TKI i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud (76 % vs. 58 %) (tabel 4 og 7), samt suppleret med en analyse af en ikke-statistisk signifikant tidligere raskmelding i TKI (tabel 3 og 7). Besparelsespotentialer er dernæst vurderet både som reducerede udgifter til sygedagpenge og mulige efterfølgende overførselsindkomster, samt øgede skatteindtægter.

Tabel 7. Besparelsespotentialer i TKI og Aarhus Kommunes standardtilbud

Tekst	Standardtilbud	TKI
Sygedagpengesag afsluttet til		
Raskmelding (%)	58 (40;75)	76 (62;91)
Forsørgelse (%)	24 (9;39)	15 (2;27)
Ophør mm (%)	18 (5;32)	9 (-1;19)
Tid til raskmelding		
Tid fra inklusion til afsluttet sygedagpengesag (dage)	235 (163;306)	184 (130;239)
Forskel i tid fra inklusion til afsluttet sygedagpengesag (dage)	52 (-33;138)	52 (-33;138)

I TKI raskmeldes en større andel borgere end i Aarhus Kommunes standardtilbud, hvilket bevirker, at udgifterne til overførselsindkomster i det efterfølgende år er cirka 2,2 mio. kr. lavere i TKI (tabel 8). Beløbet deles med cirka 1,4 mio. kr. pr. år til Aarhus Kommune og cirka 0,8 mio. kr. pr. år til staten. Forudsætningen i beregningen er, at den status borgeren afsluttes til (fx raskmeldt ledig) fastholdes i et år efter afsluttet sygedagpengesag. Samtidig er beskæftigelsesfrekvensen for de raskmeldte borgere sat til 75 % på baggrund af oplysninger fra Danmarksstatistik.

Tabel 8. Værdisætning af besparelspotentiale som følge af en større andel raskmeldte i TKI. Overførselsindkomst

Tekst	Standardtilbud	TKI	Forskel
Beskæftigede raskmeldte pr. år (antal) ^A	45	59	14
Ledige raskmeldte pr. år (antal) ^A	15	20	-5
Afsluttede til forsørgelse pr. år (antal)	25	16	9
Afsluttede til ophør pr. år (antal)	19	9	9
Ledige raskmeldte (kr./år) ^B	-2.587.728	-3.390.816	-803.088
Forsørgelse inkl. raskmeldte ledige (kr./år) ^B	-4.328.164	-2.705.102	1.623.061
Ophør (kr./år) ^B	-2.718.706	-1.359.353	1.359.353
Kommunal andel overførselsindkomst (kr./år)	-6.262.488	-4.845.926	1.416.562
Statens andel overførselsindkomst (kr./år)	-3.372.109	-2.609.345	762.764
Overførselsindkomst i alt (kr./år)	-9.634.597	-7.455.271	2.179.326

Beregning på baggrund af 104 borgerforløb pr. år. ^A Beskæftigelsesfrekvens fastsat til 75 % på baggrund af oplysninger fra Danmarksstatistik. ^B Beregnet på baggrund af satser fra Beskæftigelsesministeriet, samt refusion fra stat til kommune. Beskæftigelsesministeriets satser (2009): Førtidspension 3.080 kr./uge, revalideringsydelse 3.625 kr./uge, fleksjobydelse 3.299 kr./uge, ledighedsydelse 3.300 kr./uge, kontanthjælp 2.286 kr./uge. Den kommunale andel af disse ydelser er 65 % (7).

Den større andel raskmeldte i TKI i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud bevirker en større samlet skatteindtægt på cirka 1,4 mio. kr. pr. år (tabel 9). Skatteindtægten fordeles med cirka 0,9 mio. kr. pr. år til staten og cirka 0,5 mio. kr. pr. år til Aarhus Kommune. Forudsætningen i beregningen er, at den status borgeren afsluttes til (fx raskmeldt ledig) efter afsluttet sygedagpengesag fastholdes i et år. Samtidig er beskæftigelsesfrekvensen for de raskmeldte borgere sat til 75 % på baggrund af oplysninger fra Danmarksstatistik.

Tabel 9. Værdisætning af besparelspotentiale som følge af en større andel raskmeldte i TKI. skatteindtægter

Tekst	Standardtilbud	TKI	Forskel
Slutskat (kr.) ^A	2.939.243	3.851.422	912.179
Kommuneskat (kr.) ^A	1.502.647	1.968.985	466.339
Skat i alt (kr.)	4.441.889	5.820.407	1.378.517

Beregning på baggrund af 104 borgerforløb pr. år. ^A Beregnet på baggrund af antal beskæftigede raskmeldte pr. år og oplysninger om skatteindtægter indhentet i forbindelse med den første evalueringsrapport (1).

TKI er samlet set en rentabel indsats med et nettooverskud på cirka 3,0 mio. kr. pr. år (tabel 10). Staten kan hente en nettogevinst på cirka 1,7 mio. kr. pr. år, mens Aarhus Kommune, trods ekstraomkostninger i TKI på cirka 0,6 mio. kr. pr. år, kan hente en nettogevinst på cirka 1,3 mio. kr. pr. år.

Tabel 10. Værdisætning af besparelspotentiale som følge af en større andel raskmeldte i TKI. Nettoresultat

Tekst	Standardtilbud	TKI	Forskel
Omkostninger (kr./år)	-369.585	986.994	-617.409
Statens andel overførselsindkomst (kr./år)	-3.372.109	-2.609.345	762.764
Kommunal andel overførselsindkomst (kr./år)	-6.262.488	-4.845.926	1.416.562
Overførselsindkomst i alt (kr./år)	-9.634.597	-7.455.271	2.179.326
Slutskat (kr./år)	2.939.243	3.851.422	912.179
Kommuneskat (kr./år)	1.502.647	1.968.985	466.339
Skat i alt (kr./år)	4.441.889	5.820.407	1.378.517
Nettoomkostning i staten (kr./år)	-432.866	1.242.077	1.674.943
Nettoomkostning i kommunen (kr./år)	-5.129.427	-3.863.935	1.265.492
Nettogeinst i alt (kr./år)			2.940.435

Beregning på baggrund af 104 borgerforløb pr. år.

Der er en ikke-statistisk signifikant forskel mellem TKI og Aarhus Kommunes standardtilbud i tiden fra inklusion til raskmelding på 52 dage (tabel 3 og 7). Hvis denne forskel accepteres som reel er det samlede besparelspotentiale i TKI cirka 5,5 mio. kr. pr. år (tabel 11). Den økonomiske gevinst i TKI er henholdsvis cirka 3,2 og 2,2 mio. kr. pr. år for staten og Aarhus Kommune. I TKI stiger både overførselsindkomster og skatteindtægter som følge af den tidligere raskmelding (tabel 10 og 11). Mest overraskende er stigningen i overførselsindkomster, men dette skyldes, at en del af de afsluttede sygedagpengesager forventeligt ikke resulterer i en tilknytning til arbejdsmarkedet, hvorfor borgerne overgår fra sygedagpenge til anden form for overførselsindkomst. Forudsætningerne i analysen er, at den status som borgeren afsluttes til (fx raskmeldt ledig) efter afsluttet sygedagpengesag fastholdes i et år, samt at forskellen i tid til afsluttet sygedagpengesag på 52 dage er reel trods manglende statistisk signifikans. Samtidig er beskæftigelsesfrekvensen for de raskmeldte borgere sat til 75 % på baggrund af oplysninger fra Danmarksstatistik.

Tabel 11. Værdisætning af besparelspotentiale som følge af en større andel raskmeldte og en tidligere raskmelding i TKI. Nettoresultat

Tekst	Standardtilbud	TKI	Forskel
Omkostninger (kr./år)	-369.585	-986.994	-617.409
Statens andel overførselsindkomst (kr./år)	-3.372.109	-2.982.108	390.001
Kommunal andel overførselsindkomst (kr./år)	-6.262.488	-5.538.201	724.287
Overførselsindkomst i alt (kr./år)	-9.634.597	-8.520.310	1.114.287
Slutskat (kr./år)	2.939.243	4.400.117	1.460.874
Kommuneskat (kr./år)	1.502.647	2.249.498	746.852
Skat i alt (kr./år)	4.441.889	6.649.615	2.207.726
Sygedagpenge stat (kr./år)	-6.329.960	-4.956.224	1.373.736
Sygedagpenge kommune (kr./år)	-6.329.960	-4.956.224	1.373.736
Sygedagpenge i alt (kr./år)	-12.659.920	-9.912.448	2.747.472
Nettoomkostning i staten (kr./år)	-6.762.826	-3.538.215	3.224.611
Nettoomkostning i kommunen (kr./år)	-11.459.387	-9.231.921	2.227.466
Nettogeinst i alt (kr./år)			5.452.077

Beregning på baggrund af 104 borgerforløb pr. år.

Marginalanalyser: TKI vs. Aarhus Kommunes standardtilbud

Cost-effectiveness analysen viser, at ekstraudgifterne for at få raskmeldt 76 % af borgerne i TKI mod 58 % i Aarhus Kommunes standardtilbud er 617.409 kr. eller 32.495 kr. pr. ekstra raskmeldt borger (på baggrund af 18 % flere raskmeldte i TKI og 104 borgerforløb pr. år). Der kan ikke påvises en statistisk signifikant afkortning af sygedagpengeforløbet. Cost-effectiveness analysen forholder sig ikke til mulige økonomiske gevinster som følge af den opnåede effekt. Cirka 32.000 kr. pr. ekstra raskmeldt borger vurderes at være en lav ekstraomkostning for en raskmeldt borger, og TKI vurderes derfor omkostningseffektivt for Aarhus Kommune.

Den kasseøkonomiske analyse viser, at ekstraudgifterne til TKI er cirka 0,6 mio. kr. pr. år og at den samlede besparelse som følge af en større andel raskmeldte, er cirka 3,6 mio. kr. pr. år, og dermed en økonomisk gevinst på cirka 3,0 mio. kr. pr. år (tabel 10). Den økonomiske gevinst fordeler sig med cirka 1,7 mio. kr. pr. år til staten og 1,3 mio. kr. pr. år til Aarhus Kommune. Forudsætningen for den sundhedsøkonomiske analyse er, at den status borgeren afsluttes til (fx raskmeldt ledig) efter afsluttet sygedagpengesag fastholdes i et år. Hvis den ikke-statistisk signifikante forskel i tid til afsluttet sygedagpengesag på 52 dage er reel stiger den økonomiske gevinst til cirka 5,5 mio. kr. pr. år med cirka 3,2 mio. kr. pr. år til staten og cirka 2,2 mio. kr. pr. år til Aarhus Kommune (tabel 11).

Diskussion

Med udgangspunkt i en sammenfatning af de vigtigste resultater fra de foregående analyser, diskuteres fire væsentlige faktorer, som har betydning for fortolkningen af evalueringens resultater. Dels vurderes betydningen af mulige fejlkilder og usikkerheder, dernæst sammenlignes borgerne i TKI-evalueringen med kommunens øvrige borgere, resultaterne fra den afsluttende evaluering sammenlignes med resultaterne fra første evaluering og erfaringerne fra TKI-projektet sammenholdes med nationale og lokale erfaringer med lignende projekter.

De vigtigste resultater

Effektvurderingen finder en forskel i tid fra inklusion til afsluttet sygedagpengeforløb på 52 dage mellem TKI og Aarhus Kommunes standardtilbud. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant og evalueringen kan ikke påvise en afkortning af sygedagpengeperioden i TKI i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud. En signifikant større andel i TKI raskmeldes ved ophør af sygedagpengesag i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud. Der er en tendens til, at borgerne i TKI er flere gange til genoptræning og har færre overskridelser i sygedagpengebehandlingen end i Aarhus Kommunes standardtilbud. Der ses ingen ændring i borgernes vurdering af eget helbred.

Borgernes samlede udbytte er en bedre fysisk og mental livskvalitet. I Aarhus Kommunes standardtilbud genfindes den positive ændring kun for fysisk livskvalitet, mens både fysisk og mental livskvalitet forbedres i TKI. Der er dog ingen forskel mellem gruppernes udbytte i helbredsrelateret livskvalitet. Resultatet kan være påvirket af, at interventionsgruppen besvarer det afsluttende spørgeskema umiddelbart efter afsluttet sygedagpengesag, mens kontrolgruppen først besvarer spørgeskemaet, når den afsluttede sygedagpengesag registreres i journalsystemet. Der ses ingen ændring i borgernes oplevelse af mulighed for at blive helt rask, for at komme i arbejde, og for at undgå langvarige sygdomsmeldinger i fremtiden. Frafaldet i kontrolgruppen kan påvirke resultaterne i forhold til at undervurdere effekten på livskvalitet, samt forringe muligheden for at finde en forskel mellem grupperne.

Den sundhedsøkonomiske analyse finder samlet, at TKI er omkostningseffektiv og rentabel for Aarhus Kommune. TKI koster 0,6 mio. kr. mere årligt end Aarhus Kommunes standardtilbud. Dette svarer til cirka 6.000 kr. pr. borger der tilbydes TKI og cirka 32.000 kr. pr. ekstra raskmeldt borger. Cirka 32.000 kr. pr. ekstra raskmeldt borger vurderes at være en lav ekstraomkostning for en raskmeldt borger, og TKI vurderes derfor omkostningseffektivt for Aarhus Kommune. Den større andel raskmeldte i TKI i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud medfører en samlet besparelse i TKI på cirka 3,6 mio. kr. pr. år og dermed en samlet økonomisk gevinst på cirka 3,0 mio. kr. pr. år. Aarhus Kommunes andel udgør cirka 1,3 mio. kr. pr. år og statens andel udgør cirka 1,7 mio. kr. pr. år. Accepteres den tidligere raskmelding som reel er den økonomiske gevinst cirka 5,5 mio. kr. pr. år.

Fejlkilder og usikkerheder

Det væsentligste usikkerhedsmoment i evalueringen er en manglende statistisk styrke til at kunne påvises en statistisk signifikant forskel på tiden fra inklusion til afslutning af sygedagpengesag mellem de to grupper. Under antagelse af, at tendensen i resultaterne vil kunne genfindes, hvis der inkluderes et større antal borgere i henholdsvis kontrol- og interventionsgruppen, skal der, afhængig af den ønskede statistiske styrke, mellem 200 og 400 borgere i hver af grupperne for at kunne påvise forskellen statistisk. En evaluering af denne størrelse vurderes ikke realistisk i et rent kommunalt projekt, men vil forudsætte samarbejde med en forskningsinstitution om et egentligt forskningsprojekt.

Frafaldet i evalueringen påvirker primært de selvrapporterede data. Frafaldet ved inklusion er acceptabelt (11 %), dog ser det ud til, at en større andel mænd og borgere med et langt sygefravær før inklusion ikke ønsker at deltage i evalueringen (1). Frafaldet efter inklusion er i interventionsgruppen acceptabelt (6 %), mens det i kontrolgruppen er rela-

tivt højt (33 %). Frafaldet over hele forløbet rammer i højere grad borgere med et langt sygefravær før inklusion, mens frafaldet efter inklusion i kontrolgruppen desuden rammer yngre med et dårligt selv vurderet helbred og en dårlig fysisk livskvalitet. Tolkning af de selvrappede data foretages under hensyntagen til frafaldet.

Datamaterialet omkring antallet af gange som borgerne deltager i genoptræning samt antallet af samtaler med sagsbehandler er afhængig af terapeuter og sagsbehandleres manuelle registreringspraksis. Datakvaliteten for registrering af genoptræning vurderes at være ensartet på tværs af kontrol- og interventionsgruppen, mens registreringen af antallet af samtaler med sagsbehandleren formentlig er underregistreret for sagsbehandleren, som er udstationeret på Ortopædisk GenoptræningsCenter. I TKI har sagsbehandleren mulighed for løbende at have mere uformelle samtaler med borgerne, når de er til genoptræning, og denne type samtaler er ikke nødvendigvis registreret på samme måde som mere formelle samtaler. Den mulige forskel i registreringspraksis er dog kun af betydning for opgørelsen af antallet af samtaler og ikke for øvrige fund i undersøgelsen.

I den kasseøkonomiske analyse anvendes en beskæftigelsesfrekvens indhentet fra Danmarks Statistik. Analysen ville have været stærkere, hvis beskæftigelsesfrekvensen var indhentet for deltagerne i evalueringen. Herudover hviler den sundhedsøkonomiske analyse på en antagelse om, at borgers status efter afsluttet sygedagpengesag (fx raskmeldt ledig) fastholdes i et helt år. De økonomiske analyser er således kun gældende, hvis de opstillede forudsætninger er gyldige.

Det kan argumenteres, at en del af effekten i TKI skyldes, at der er tale om et relativt lille projekt, der er drevet af ildsjæle, og at denne effekt ikke kan overføres til en bredere implementering og drift af indsatsen. Fysioterapeutens og sagsbehandlerens store engagement kan have betydning for indsatsens kvalitet og kan have smittet af på borgerne, og dermed bidraget til effekten. Argumentet kan ikke fuldstændigt afvises, men det anvendte randomiserede design er det stærkeste mulige til at vurdere effekten af denne type indsatser. Det kan på den anden side også argumenteres, at den reelle effekt af TKI undervurderes, som følge af den afsmittende effekt indsatsen i projektperioden kan have på standard genoptræning på Ortopædisk GenoptræningsCenter. TKI har påvirket standard tilbuddet for genoptræning i Aarhus Kommune, således at alle fysioterapeuter på Ortopædisk GenoptræningsCenter i forhold til alle borgere, herunder også kontrolgruppen, har et stærkere fokus på tilbagevenden til arbejde. Denne udvikling af standardtilbuddet vurderes hensigtsmæssig for borgerne, men forventes at kunne påvirke resultatet af evalueringen.

Det er i evalueringen ikke muligt at sige noget entydigt om, hvorvidt det er synergien i samarbejdet mellem fysioterapeut og sagsbehandler, koordineringen af genoptræning og sygedagpengesag eller det, at borger kan fortsætte i et genoptræningstilbud (samtræningshold og/eller fysioterapeutiske kontrolbesøg), der bevirker forskellene mellem grupperne.

Tidspunktet for besvarelse af spørgeskema ved afslutning af sygedagpengesag er forskelligt i de to grupper. Grundet forskel i hvor hurtigt afslutning af sygedagpengesag registreres i de to grupper, har interventionsgruppen besvaret det afsluttende spørgeskema kortere tid efter afsluttet sygedagpengesag end kontrolgruppen. Det er i evalueringen ikke muligt at sige noget om, hvorledes denne forskel mellem grupperne har påvirket resultaterne. I den første evaluering blev det vurderet, at den observerede forskel i helbredsrelateret livskvalitet skulle tilskrives de forskellige tidspunkter for besvarelse af spørgeskemaet (1). I nærværende evaluering er der dog ingen observerede forskelle mellem grupperne i de selvrappede data.

Manglende data i SF-12v2 er erstattet ved imputation på baggrund af besvarelser i de øvrige spørgsmål i spørgebatteriet. Da fysisk og mental livskvalitet er sumscorer, forudsætter en anvendelse af data, at alle 12 spørgsmål er besvaret ved inklusion samt ved afslutning af sygedagpengesag. Erstatningen introducerer en usikkerhed i forhold til resultaterne for fysisk og mental livskvalitet. Usikkerheden er dog vurderet mindre end, hvis erstatningen blev udeladt og ikke-komplette datasæt blev kasseret. I den første TKI evalueringsrapport blev data erstattet med gennemsnit for henholdsvis kontrol- og interventionsgruppe (1; 8). Imputationsmetoden vurderes imidlertid mere solid (9), men påvirker sammenligneligheden af resultaterne mellem de to evalueringsrapporter. Dette ses tydeligst i forbindelse med baseline beskrivelsen af de to grupper, hvor den fysiske livskvalitet er en smule lavere (fald fra cirka 32 til cirka 30) og den mentale livskvalitet er en del højere (stigning fra cirka 42 til 47) med imputationsmetoden.

Ophør i sygedagpengesagerne er slået sammen i 3 kategorier (raskmelding, forsørgelse og ophør mm). Disse 3 kategorier er en forsimpning af de oprindelige 10 kategorier. Forsimplingen letter den statistiske analyse, men samtidig mistes nuancer i forhold til det socialfaglige perspektiv, da der eksempelvis er meget stor forskel på, om en borger afsluttes til pension eller revalidering. En del borgere i ophørskategorien forventes at overgå til kontanthjælp.

Målgruppen

Andelen med et godt selv vurderet helbred i TKI er væsentligt lavere end i den generelle befolkning i Aarhus, hvor 86 % af aarhusianerne angiver at have et godt helbred (10). Den fysiske og mentale livskvalitet er ligeledes lavere hos deltagerne i TKI evalueringen end hos den generelle voksne befolkning i Aarhus og hos borgere med en kronisk sygdom, der skal starte på et lægehenvist sundhedskursus (11). Det tyder således på, at sygemelding efter ortopædkirurgisk intervention har stor betydning for den enkeltes livskvalitet. De kommunale rehabiliterende tilbud bør tage højde for dette og yde den nødvendige støtte til den enkelte borger.

Sammenligning af resultaterne fra første evaluering til den afsluttende evaluering

I sammenligning med den første evaluering er forskellen mellem de to grupper i tid fra inklusion til ophør af sygedagpengesag gået fra i gennemsnit 13 dage (1) til i gennemsnit 52 dage – dog er ingen af forskellene statistisk signifikante. Ændringen fra den første til den anden evaluering skyldes, at borgere med længerevarende sygemeldinger nu indgår i analyserne. I den første evaluering var der en statistisk signifikant kortere tid til delvis raskmelding i TKI i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud (1; 8). Desværre er oplysninger om delvise raskmeldinger ikke tilgængelige i den afsluttende evaluering. Analyse af, hvad sygedagpengesagerne er afsluttet til, er kun foretaget i nærværende evaluering. Selv vurderet helbred påvirkes ikke af TKI eller Aarhus Kommunes standardtilbud i hverken den første eller anden evaluering. Enten påvirkes deltagerens opfattelse af eget helbred ikke nævneværdigt af de to indsatser, eller også er metoden ikke tilstrækkelig sensitiv til at registrere ændringerne over tid.

Nationale erfaringer med tværfaglige koordinerede indsatser

Der har de seneste år været stor national bevågenhed på indsamling af viden om potentialet ved sammentænkning af sundheds- og beskæftigelsesindsatser. Blandt andre har Sundhedsstyrelsen (12; 13), Indenrigs- og Sundhedsministeriet (14) og Kommunernes Landsforening (15) taget emnet op. Nedenfor er resultaterne fra TKI sammenholdt med nogle af de væsentligste nationale resultater og erfaringer med tværfagligt koordinerede indsatser.

Det nationale TTA projekt (Tilbage Til Arbejde) er for nyligt blevet forlænget i yderligere seks måneder til oktober 2012. Baggrunden for forlængelsen er blandt andet positive resultater fra Roskilde Kommune (16). Det er i TTA lykket at øge andelen af raskmeldte fra 59 % i 2010 til 71 % i 2011, samtidig er antallet af sygedagpengesager over 8 uger faldet med 23 % og antallet af sager over 26 uger er det laveste siden februar 2009. Den større andel raskmeldte i TKI i

sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud svarer nogenlunde til den forbedring i andel raskmeldte, der er opnået i TTA. En direkte sammenligning af resultaterne i de to projekter er dog ikke relevant, da der er for stor forskel i indsats, ressourcer og målgrupper. TTA omfatter tre virkningsfulde elementer: En tværfaglig afklaring, en øget koordinering og en tidlig indsats (17). TTA fokuserer fortrinsvis på kategori 2 borgere (se definition side 5-6) og med inddragelse af mange faggrupper i afklaringen (fx psykolog, ergoterapeut eller fysioterapeut, samt eventuelt psykiatri, arbejds-, social eller almen medicin). TKI benytter en del af de samme elementer som TTA, dog er TKI ikke nødvendigvis en tidlig indsats i forhold til sygedagpengeforløbet, da borgeren kan have været sygemeldt en længere periode forud for genoptræning. TKI har dog en særlig mulighed for på systematisk vis at iværksætte en hurtig indsats umiddelbart efter, at borgerne har gennemgået en ortopædisk intervention og henvises til genoptræning. TKI fokuserer primært på kategori 3 borgere og kun med systematisk inddragelse af sagsbehandler og fysioterapeut samt øvrige kommunale tilbud. TKI er således mindre ressourcetung end TTA og fokuserer på en mindre vanskelig gruppe af borgere. TKI er desuden tværgående i sin organisering på tværs af beskæftigelses- og genoptræningsindsats, mens TTA alene gennemføres indenfor beskæftigelsesforvaltningen.

Projekt 'Når arbejdsdagen skal generobres', der er gennemført på Jobcenter Aarhus i 2008 til 2010, har haft til formål at følge op på personer, der er sygemeldt grundet diffuse eller komplekse lidelser i kombination med psykiske og/eller sociale problemer (18). Det har vist sig i projektet ikke muligt at nedbringe varigheden af sagerne, men til gengæld er selvforsørgelsesgraden højere i projektet end i lignende sager. Der er – trods forskelle i målgruppe og indsats – ligheder mellem resultaterne i 'Når arbejdsdagen skal generobres' og TKI i forhold til effekten. Der kan i projekterne ikke påvises en afkortning af sagerne, hvorimod selvforsørgelse/raskmelding påvirkes i positiv retning.

Kommunernes Landsforening anbefaler ud fra en tværgående undersøgelse af kommunale samarbejder om sundhedsindsatser for sygedagpengemodtagere fra 2011, at kommunerne laver flerstrengede indsatser, der både har et beskæftigelsesfokus og et sundhedsfokus, da der er evidens for en sådan tilgang (15). Viden fra TKI indgår som en del af datamaterialet, der ligger til grund for KL's publikation. KL præsenterer yderligere en række effektive sundhedsindsatser i relation til muskel-skeletsygdomme. Den primære viden på området stammer fra indsatser målrettet lænderygsmerter. Blandt de effektive indsatser er patientuddannelse (fx viden om betydning af at holde sig aktiv og mestringsstrategier), individuel undervisningssession på mindst to timer, øvelsesterapi (fx individuelt designet program), samt fysiske øvelser/træning, rygskoler og massage (15). KL formulerer 6 gode råd omkring etableringen af tværgående samarbejder mellem sundhedsafdelinger og jobcenter omkring sygemeldte borgere:

1. Prioriter det ledelsesmæssige fokus på indsatsen gennem formulering af et fælles ledelsesgrundlag på tværs af beskæftigelsesafdeling og sundhedsafdeling
2. Anerkend forskellighederne mellem jobcenter og sundhedscenter og skab kendskab til hinandens arbejdsbetingelser og rammer
3. Formuler målbare mål, som både er relevante for beskæftigelsesafdelingen og sundhedsafdelingen.
4. Baser indsatsen på eksisterende evidens om bl.a. betydningen af flerstrengede indsatser med både beskæftigelsesfokus og sundhedsfokus
5. Følg indsatsen tæt, da erfaringerne viser, at der er behov for ledelsesmæssigt fokus og dialog også efter samarbejdet er iværksat
6. Prioriter at dokumentere effekterne af indsatsen, så der skabes ny viden om, hvilke indsatser, der med fordel kan iværksættes fremadrettet i kommunerne

TKI har løbende i projektperioden og efterfølgende i driftssituationen, arbejdet med de områder som KL's anbefalinger berører. TKI har en faglige følgegruppe, der er nedsat for at skabe ledelsesmæssigt fokus og opbakning på tværs af forvaltningerne, og en samarbejdsaftale er et udviklingspunkt for de samarbejdende parter. Gennem den løbende dia-

log mellem sagsbehandlere og terapeuter er forskellighederne på tværs af fagområder drøftet. I forhold til de ”målbarere mål”, så har udgangspunktet for TKI været at identificere og afkorte sygedagpengeforløb. TKI har fra start haft fokus på dokumentation, erfaringsopsamling og læring omkring betydningen af en tværfagligt koordineret indsats. Fremadrettet vil viden om TKI efter overgangen til drift også være et fokuspunkt for medarbejderne i TKI og på ledelsesmæssigt plan i den faglige følgegruppe.

Konklusion og perspektivering

Effektvurderingen finder en ikke-signifikant forskel i tid fra inklusion til afsluttet sygedagpengeforløb på 52 dage mellem TKI og Aarhus Kommunes standardtilbud. Evalueringen kan dermed ikke påvise en afkortning af sygedagpengeperioden i TKI i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud. En større andel i TKI raskmeldes ved ophør af sygedagpengesag i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud. Borgernes udbytte samlet er en bedre fysisk og mental livskvalitet. Den sundhedsøkonomiske analyse finder, at TKI er omkostningseffektiv og rentabel for Aarhus Kommune. TKI koster 0,6 mio. kr. mere årligt end Aarhus Kommunes standardtilbud. Dette svarer til cirka 6.000 kr. pr. borger, der tilbydes TKI og cirka 32.000 kr. pr. ekstra raskmeldt borger. Den større andel raskmeldte i TKI i sammenligning med Aarhus Kommunes standardtilbud medfører en samlet besparelse i TKI på cirka 3,6 mio. kr. pr. år, og dermed en samlet økonomisk gevinst på cirka 3,0 mio. kr. pr. år. Accepteres den tidligere raskmelding som reel, er den økonomiske gevinst cirka 5,5 mio. kr. pr. år.

Evalueringen er behæftet med en række fejlkilder, der er af betydning for resultater og konklusioner. Først og fremmest bygger evalueringen på et lille datamateriale, og der er en manglende statistisk styrke i forhold til at kunne påvise en kortere tid afsluttet sygedagpengesag. Der er i evalueringen et frafald, der primært påvirker de selvrapporterede data. Besvarelse af spørgeskema i forbindelse med afsluttet sygedagpengesag er forskelligt i de to grupper grundet forskel i, hvordan afslutning af sygedagpengesagen registreres. Den sundhedsøkonomiske analyse hviler på en række antagelser, der skal være opfyldte for at resultaterne ser ud som præsenteret: Beskæftigelsesfrekvensen for de raskmeldte er fastsat på baggrund af oplysninger fra Danmarks Statistik, analyserne er desuden foretaget med udgangspunkt i, at borgers situation ved afsluttet sygedagpengesag fastholdes i et år, og slutteligt er ophørsårsagerne i sygedagpengesystemet forsimplet i analyserne. Effekten i TKI kan skyldes, at der er tale om et relativt lille projekt, der er drevet af ildsjæle. Omvendt kan der også være en positiv afsmittende effekt af TKI på standardgenoptræningen på Ortopædisk GenoptræningsCenter, da terapeuterne som deltager i TKI samtidigt varetager genoptræning efter standardtilbuddet.

I den første evaluering af TKI kunne der påvises en statistisk signifikant tidligere delvis raskmelding for borgere i TKI, som naturligt ville være interessant at forfølge i denne afsluttende evaluering. Imidlertid er oplysningerne omkring delvis raskmelding ikke tilgængelige for den afsluttende evaluering, og det har ikke været muligt at forfølge dette i analysen af det samlede datamateriale for evalueringen.

I sammenligningen af TKI med andre nationale og lokale erfaringer med tværfagligt koordinerede indsatser, viser det sig, at TTA-projektet i lighed med TKI opnår en større andel af raskmeldte. Indsatsen i TKI er mindre ressourcetung end TTA-indsatsen. Dog arbejder TTA med risikosager (kategori 2) og således en anden målgruppe end TKI, som har de langvarige sygedagpengesager (kategori 3) som målgruppe. Et tidligere projekt ved Jobcenter Aarhus - 'Når arbejdsdagen skal generobres' – har også kunnet påvise en positiv effekt imod selvforsørgelse/raskmelding og ligesom TKI, har projektet ikke kunnet påvise en afkortning af sygedagpengeforløbene. 'Når arbejdsdagen skal generobres' og TKI adskiller sig igen i forhold til målgruppe og indsats. Erfaringerne fra lignende projekter styrker TKI's fund omkring større andel af raskmeldte, da lignende fund også findes i andre sammenhænge.

Potentiale for udvidelse af aktiviteterne omkring TKI

Omkring 1/3-del (årligt cirka 700 borgerforløb) af alle borgere, der får en genoptræningsplan efter ortopædkirurgisk intervention er tidligere blevet behandlet hos privatpraktiserende fysioterapeuter i Aarhus Kommune. Denne praksis skyldes bl.a. manglende kapacitet på Ortopædisk GenoptræningsCenter. Fremadrettet får Ortopædisk GenoptræningsCenter ansvaret for alle borgere i Aarhus Kommune med en genoptræningsplan efter ortopædkirurgisk intervention. Det vurderes, at mellem 80 og 90 % af de borgere, der i dag behandles hos privatpraktiserende fysioterapeuter er i den erhvervsaktive alder, og det forventes, at Ortopædisk GenoptræningsCenter fremadrettet fortrinsvis skal fokusere på netop denne målgruppe. Det betyder blandt andet, at borgergrundlaget for at TKI forventes at vokse og at indsatsen forventeligt kan tilbydes endnu flere borgere.

TKI og løbende ændringer på sygedagpengeområdet

Efter projektperiodens udløb er grupperingen af borgere overgået fra det beskrevne kategoriseringssystem (se afsnittet omkring målgruppe) til en match-model. Der er i vid grad overensstemmelse mellem visitationskategorierne og matchmodellen. Løbende ændringer i sygedagpengeloven har betydning for de lovpligtige opfølgninger som sygedagpengesagsbehandlere skal varetage. Efter en ændring i lovgivningen er kravene til lovpligtig opfølgning i risikosager (match 2) skærpet, mens kravene til glatte sager (match 1) og langvarige sager (match 3) er lempet. For borgere som tilhører match 2 er der pligt til at afholde opfølgende samtaler hver 8. uge, mens opfølgningsforpligtigheden i match 1 og 3 er hver 3. måned. Færre lovpligtige opfølgninger i match 3 som TKI hidtil har haft som primær målgruppe, stiller større krav til at skabe en veltilrettelagt og målrettet indsats for borgerne med langvarige sygedagpengeforløb. TKI vurderes at kunne medvirke til at fastholde fokus på, at der ikke opstår langvarige forløb uden indsats på trods af, at kravene til lovpligtige opfølgninger er lempet.

Ændringer i statens refusion af kommunernes udgifter til sygedagpenge har betydning for de økonomiske incitamenter og beregninger omkring rentabiliteten af TKI. Fra slutningen 2010 betyder en ændring i lovgivningen omkring refusion af sygedagpenge, at refusionsgraden for kommunernes udgifter til sygedagpenge fra 9. til 52. uge er afhængig af, hvilken indsats den sygemeldte borger modtager. Hvis den sygemeldte gradvis vender tilbage til beskæftigelse, modtager virksomhedsrettede tilbud eller ordinær uddannelse får kommunerne refunderet 50 % af udgifterne til sygedagpenge, mens passiv forsørgelse og borgere som modtager tilbud om vejledning, opkvalificering refunderes med 30 % af sygedagpengeudgifterne (gældende procentsatser ved udgangen af 2010). Ændringen understreger behovet for, også at sikre viden om betydningen af TKI for borgeres delvise raskmeldinger, da refusionstaksterne for denne gruppe er højere end ved passiv forsørgelse.

TKI i dag

Den tværfagligt koordinerede indsats, der ligger til grund for resultaterne i den første evalueringsrapport (1) og nærværende afsluttende evaluering stammer fra projektperioden i 2007-2009. Interessen for projektets metoder, resultater og erfaringer har været og er fortsat stor (bilag 5). De beskrevne oplysninger om indsatsen i projektet er i vid udstrækning fortsat gyldige, men nogle praktiske forhold omkring TKI har ændret sig efter, at indsatsen er overgået til drift. Justeringen af TKI har også betydning for de resultater som indsatsen opnår i dag, sammenlignet med de resultater, som er beskrevet i denne evalueringsrapport. Nedenfor er de væsentligste ændringer i TKI beskrevet, samt mulige konsekvenser for resultaterne. For en nærmere beskrivelse af TKI, som det ser ud i dag, henvises til bilag 6.

TKI er fortsat et tværmagistratsligt samarbejde mellem Sundhed og Omsorg og Sociale Forhold og Beskæftigelse. De væsentligste ændringer fra projektperioden til TKI, som det ser ud i dag, er dels, at der nu er 2 sygedagpengesagsbe-

handlere, som deltager i den tværfaglige indsats med fuld sagsnormering, hvor der i projektperioden kun var en enkelt sagsbehandler med 2/3 sagskapacitet grundet projektkoordineringsopgaver. Desuden deltager alle 15 terapeuter – fysio- såvel som ergoterapeuter - i den tværgående indsats mod de 37 timer fordelt på 3 fysioterapeuter/terapeuter, som var til rådighed for TKI i projektperioden. Ydermere er der nu en særskilt koordinatorfunktion, hvor koordinationsopgaven tidligere var delt mellem sagsbehandler og en terapeut. Koordinatoren er ansvarlig for at udvikle og implementere TKI. Sagsbehandlerne har til hovedopgave at gennemføre den lovpligtige sygedagpengeopfølgning og terapeuterne varetager genoptræningsdelen af et borgerforløb. Ændringerne i medarbejdersammensætningen har med sikkerhed betydning for opgørelsen af omkostningerne ved TKI. Ændringerne i TKI har muligvis betydning for effekterne (længde af sygedagpengeperiode, borgerens udbytte mv.) af den tværfagligt koordinerede indsats. På grund af ændringerne i TKI, er det i den faglige følgegruppe besluttet, at der skal gennemføres endnu en randomiseret evaluering, som kan opdatere viden om indsatsens resultater under den form som TKI har i dag.

Referencer

1. Sørensen,JB, Ramskov,TM, Gissel,H, & Hansen,L. Århus Kommunes koordinerede genoptrænings- og sygedagpengeprojekt. 2009. Århus Kommune, MSO og MSB.
2. Ware,JE, Kosinski,MA, Turner-Bowker,DM, & Gandek,B. How to Score Version 2 of the SF-12 Health Survey (With a Supplement Documenting Version 1). 2005. Lincoln, Rhode Island, QualityMetric Incorporated.
3. Sorensen,J, Sorensen,JB, Skovgaard,T, Bredahl,T, & Puggaard,L. Exercise on prescription: changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. Eur.J.Public Health 21[1], 56-62. 2011.
4. http://www.uvm.edu/~dhowell/StatPages/More_Stuff/Missing_Data/Missing.html
5. Altman,DG. Practical statistics for medical research. 1999. London, Chapman & Hall/CRC.
6. Alban,A, Danneskiold-Samsøe,B, Kjellberg,J, Knudsen,MS, & Sørensen,J. Sundhedsøkonomi - principper og perspektiver. 3. oplag 2009. 1999. København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
7. Klausen,J. Finansiering af den aktiverende beskæftigelsesindsats - Styring, regulering eller retssikkerhed? Social Skriftserie Socialrådgiveruddannelsen i Århus 17. 2010. Århus, Socialrådgiveruddannelsen i Århus.
8. Sørensen,JB, Ramskov,T, & Gissel,H. Det betaler sig. Fysioterapeuten 2, 18-20. 2010. København, Danske Fysioterapeuter.
9. http://www.uvm.edu/~dhowell/StatPages/More_Stuff/Missing_Data/Missing.html
10. Larsen,FB, Ankersen,PV, Poulsen,S, Sjøe,D, & Christensen,SM. Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne [in Danish]. 2011. Aarhus, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.
11. Hansen,J, Løvschall,C, & Jensen,AMS. Ekstern evaluering af lægehenvist sundhedskursus i SundhedsCenter Århus. 2009. Århus, Center for Kvalitetsudvikling og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.
12. Sandø,N, Nielsen,K, & Manghezi,A. Sundhed i beskæftigelsesindsatsen - et inspirationsmateriale. 2010. København, Sundhedsstyrelsen.
13. Sandø,N, Finke,K, Aabel,M, kristensen,T, & Ziebell,B. Sundhed på tværs. 2010. København, Sundhedsstyrelsen.
14. Bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet - en analyse fra syv kommuner. 2010. København, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
15. Samarbejde om sundhedsindsatser for sygedagpengemodtagere. 2011. København, KL.
16. <http://dknyt.dk/sider/artikel.php?id=59160#>
17. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/projekter/det-store-tta-projekt/~media/Projekter/TTA/info-til-kommuner/projektbeskrivelse-udvidet.pdf#>
18. http://www.lbr-aarhus.dk/fileadmin/user_upload/Publikationer/Slutevaluering_NASG_100910.pdf

Bilag

Bilag 1: Spørgeguide

Bilag 2: Baselinebeskrivelse af deltagerne i evalueringen

Bilag 3: Frafaldsanalyse

Bilag 4: Selvvurderet helbred, nuværende og fremtidig situation

Bilag 5: Stor interesse for TKI

Bilag 6: TKI i dag

Bilag 1: Spørgeguide

Formålet med disse spørgsmål er at sikre, at terapeuterne får spurgt TKI-borgeren omkring nedenstående emner og skal opfattes som en tjekliste. Den kan bruges af terapeuten til refleksion over, om man har fået afdækket, de relevante områder i forhold til det tværfaglige samarbejde med sagsbehandler. Spørgeguiden skal samtidig sikre, at alle terapeuterne får afklaring fra hver borger om nedenstående spørgsmål.

- Hvilken tilknytning har du til arbejdsmarkedet? Eller hvad laver du i din hverdag?
- Hvad tænker/forstiller du selv om din tilbagevenden til arbejdsmarkedet?
- Hvad ønsker du? Er det realistisk?
- Hvordan vil du gerne have vejledning/hjælp?
- Hvad kan du selv gøre for det?

Bilag 2: Baselinebeskrivelse af deltagerne i evalueringen

Tabel 1. Baselinebeskrivelse. Selvrappede oplysninger

Tekst	Alle	Kontrolgruppe	Interventionsgruppe
Selvvurderet helbred ^A	n=62	n=32	n=30
▪ Godt (%)	63 (51;75)	73 (57;89)	53 (35;71)
▪ Mindre godt (%)	30 (19;41)	24 (9;40)	35 (18;52)
▪ Har ikke svaret (%)	7 (1;14)	3 (-3;9)	12 (0;23)
Helbredsrelateret livskvalitet ^B	n=66	n=33	n=33
▪ Fysisk (SF-12v2 PCS)	29,7 (27,2;32,1)	29,3 (25,6;33,0)	30,0 (26,7;33,3)
▪ Mental (SF-12v2 MCS)	47,1 (44,2;50,0)	48,0 (44,2;51,8)	46,3 (41,8;50,7)
Mulighed for at blive helt rask ^C	n=59	n=31	n=28
▪ God (%)	78 (67;88)	82 (68;96)	74 (58;89)
▪ Mindre god (%)	10 (3;18)	12 (0;24)	9 (-1;19)
▪ Ved ikke (%)	6 (0;12)	6 (-3;15)	6 (-2;14)
▪ Har ikke svaret (%)	6 (0;12)	0 (0;0)	12 (0;23)
Mulighed for at komme i arbejde ^C	n=59	n=30	n=29
▪ God (%)	84 (74;93)	88 (76;100)	79 (65;94)
▪ Mindre god (%)	4 (0;10)	3 (-3;9)	6 (-2;14)
▪ Ved ikke (%)	6 (0;12)	6 (-3;15)	6 (-2;14)
▪ Har ikke svaret (%)	6 (0;12)	3 (-3;9)	9 (-1;19)
Mulighed for at undgå langvarige sygemeldinger i fremtiden ^C	n=53	n=29	n=24
▪ God (%)	72 (61;83)	76 (60;91)	68 (51;84)
▪ Mindre god (%)	7 (10;14)	12 (0;24)	3 (-3;9)
▪ Ved ikke (%)	15 (6;24)	9 (-1;19)	21 (6;35)
▪ Har ikke svaret (%)	6 (0;12)	3 (-3;9)	9 (-1;19)

95 % konfidensinterval er angivet i parentes. ^A Godt (fremragende, vældig godt og godt) mindre godt (mindre godt og dårligt). ^B norm-baseret scoring (US befolkning) (2). ^C God (fremragende, vældig god, god), mindre god (mindre god, dårlig)

Bilag 3: Frafaldsanalyse

Tabel 1. Frafaldsanalyse. Karakteristika for borgere, der stopper i evalueringen

Tekst	Frafald efter inklusion		
	Alle	Kontrolgruppe	Interventionsgruppe
Antal	13	11	2
Mænd (%)	62 (31;92)	64 (30;97)	50 (-59;159)
Alder (år)	37 (30;43)	35 (28;42)	44 (27;61)
Sygedagpenge før inklusion (dage)	87 (47;127)	92 (46;139)	55 (35;75)
Godt selv vurderet helbred (%) ^A	67 (35;98)	60 (24;96)	100
Helbredsrelateret livskvalitet ^B			
▪ Fysisk (SF-12v2 PCS)	29,3 (22,8;35,7)	27,7 (20,5;34,9)	37,9 (36,2;39,7)
▪ Mental (SF-12v2 MCS)	47,1 (40,6;53,7)	45,6 (38,3;53,0)	55,3 (53,4;57,2)
Forsørgelsesgrundlag før sygemelding			
▪ Job (%)	85 (62;107)	82 (55;108)	100
▪ A-kasse (%)	8 (-9;24)	9 (-11;29)	0
▪ Selvstændig (%)	8 (-9;24)	9 (-11;29)	0

95 % konfidensinterval er angivet i parentes. ^A n=12 (n=11 og n=1), godt (fremragende, vældig godt og godt). ^B norm-baseret scoring (US befolkning) (2).

Tabel 2. Frafaldsanalyse. Karakteristika for borgere, der gennemfører evalueringen

Tekst	Gennemført evaluering		
	Alle	Kontrolgruppe	Interventionsgruppe
Antal	54	22	32
Mænd (%)	59 (46;73)	64 (43;85)	56 (38;74)
Alder (år)	42 (39;45)	40 (35;45)	43 (39;47)
Sygedagpenge før inklusion (dage)	57 (41;74)	47 (26;68)	65 (40;89)
Godt selv vurderet helbred (%) ^A	68 (55;81)	82 (65;99)	57 (38;76)
Helbredsrelateret livskvalitet ^B			
▪ Fysisk (SF-12v2 PCS)	29,8 (27,0;32,5)	30,1 (25,6;34,7)	29,5 (26,1;32,9)
▪ Mental (SF-12v2 MCS)	47,1 (43,8;50,5)	49,2 (44,6;53,8)	45,7 (41,0;50,4)
Forsørgelsesgrundlag før sygemelding			
▪ Job (%)	87 (78;96)	82 (65;99)	91 (80;101)
▪ A-kasse (%)	6 (-1;12)	9 (-3;22)	3 (-3;9)
▪ Selvstændig (%)	7 (0;15)	9 (-3;22)	6 (-2;15)

95 % konfidensinterval er angivet i parentes. ^A n=50 (n=22 og n=28), godt (fremragende, vældig godt og godt). ^B n=54 (n=22 og n=32) norm-baseret scoring (US befolkning) (2).

Bilag 4: Selvvurderet helbred, nuværende og fremtidig situation

Ændring i selvvurderet helbred

Tabel 1. Selvvurderet helbred (alle, n=49).

	Afslutning	Godt	Mindre godt	Total inklusion
Inklusion				
Godt		29	4	33
Mindre godt		5	11	16
Total afslutning		34	15	49

Statistik: McNemar (marginal distribution) p=0,7389

Tabel 2. Selvvurderet helbred (kontrolgruppen, n=23).

	Afslutning	Godt	Mindre godt	Total inklusion
Inklusion				
Godt		17	1	18
Mindre godt		1	4	5
Total afslutning		18	5	23

Statistik: McNemar (marginal distribution) $p=1,0$

Tabel 3. Selvvurderet helbred (interventionsgruppen, n=26).

	Afslutning	Godt	Mindre godt	Total inklusion
Inklusion				
Godt		12	3	15
Mindre godt		4	7	11
Total afslutning		16	10	26

Statistik: McNemar (marginal distribution) $p=0,7055$

Ændring i mulighed for at blive helt rask**Tabel 4. Mulighed for at blive helt rask (n=47)**

	Afslutning	God	Mindre god	Total inklusion
Inklusion				
God		36	6	42
Mindre god		2	3	5
Total afslutning		38	9	47

God (fremragende, vældig god, god), mindre god (mindre god, dårlig). Statistik: McNemar (marginal distribution) $p=0,2891$

Tabel 5. Mulighed for at blive helt rask, kontrolgruppe (n=23)

	Afslutning	God	Mindre god	Total inklusion
Inklusion				
God		18	3	21
Mindre god		0	2	2
Total afslutning		18	5	23

God (fremragende, vældig god, god), mindre god (mindre god, dårlig). Statistik: McNemar (marginal distribution) $p=0,2500$

Tabel 6. Mulighed for at blive helt rask, interventionsgruppe (n=24)

	Afslutning	God	Mindre god	Total inklusion
Inklusion				
God		18	3	21
Mindre god		2	1	3
Total afslutning		20	4	24

God (fremragende, vældig god, god), mindre god (mindre god, dårlig). Statistik: McNemar ($p=1,0$)

Ændring i mulighed for at komme i arbejde**Tabel 7. Mulighed for at komme i arbejde, alle (n=44)**

	Afslutning	God	Mindre god	Total inklusion
Inklusion				
God		39	3	42
Mindre god		1	1	2
Total afslutning		40	4	44

God (fremragende, vældig god, god), mindre god (mindre god, dårlig). Statistik: McNemar ($p=0,6250$)

Tabel 8. Mulighed for at komme i arbejde, kontrolgruppe (n=19)

Afslutning	God	Mindre god	Total inklusion
Inklusion			
God	18	1	19
Mindre god	0	0	0
Total afslutning	18	1	19

God (fremragende, vældig god, god), mindre god (mindre god, dårlig). Statistik: McNemar (p=1,0)

Tabel 9. Mulighed for at komme i arbejde, interventionsgruppe (n=)

Afslutning	God	Mindre god	Total inklusion
Inklusion			
God	21	2	23
Mindre god	1	1	2
Total afslutning	22	3	25

God (fremragende, vældig god, god), mindre god (mindre god, dårlig). Statistik: McNemar (p=1,0)

Ændring i mulighed for at undgå langvarig sygemelding i fremtiden**Tabel 17. Mulighed for at undgå langvarige sygemeldinger i fremtiden, alle (n=40)**

Afslutning	God	Mindre god	Total inklusion
Inklusion			
God	34	2	36
Mindre god	2	2	4
Total afslutning	36	4	40

God (fremragende, vældig god, god), mindre god (mindre god, dårlig). Statistik: McNemar (p=1,0)

Tabel 18. Mulighed for at undgå langvarige sygemeldinger i fremtiden, kontrolgruppe(n=21)

Afslutning	God	Mindre god	Total inklusion
Inklusion			
God	17	1	18
Mindre god	1	2	3
Total afslutning	18	3	21

God (fremragende, vældig god, god), mindre god (mindre god, dårlig). Statistik: McNemar (p=1,0)

Tabel 19. Mulighed for at undgå langvarige sygemeldinger i fremtiden, interventionsgruppe (n=19)

Afslutning	God	Mindre god	Total inklusion
Inklusion			
God	17	1	18
Mindre god	1	0	1
Total afslutning	18	1	19

God (fremragende, vældig god, god), mindre god (mindre god, dårlig). Statistik: McNemar (p=1,0)

Bilag 5: Stor interesse for TKI

TKI har i perioden 2008 til og med 2011 været præsenteret følgende steder:

- Præsentation på socialmedicinsk temadag på Sociallægeinstitutionen (marts 2008)
- Præsentation for sagsbehandlere på Jobcenter Vest (august 2008)
- Præsentation på Marselisborg Centret (september 2008)
- Præsentation for nystartede sagsbehandlere i Aarhus Kommune (januar 2009)
- Temadag om TKI på Aarhus Rådhus (marts 2009)
- Evalueringsrapport (maj 2009)
- Præsentation på forsknings- og udviklingsdag for ergo- og fysioterapeuter i Region Midtjylland (september 2009)
- Seminar og workshop vedrørende analysearbejde om bedre koordination mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet bestilt af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (oktober 2009)
- Præsentation på årsmøde i Rehabiliteringsforum Danmark (november 2009)
- Præsentation på KL's sundhedskongres (januar 2010)
- Artikel i Fagbladet Fysioterapeuten (nr. 2, 2010)
- Præsentation for repræsentanter fra Odense Kommune (maj 2010)
- Bidrag til rapport bestilt af Sundhedsstyrelsen (juni 2010)
- Præsentation for repræsentanter fra Høje Tåstrup Kommune (september 2010)
- Præsentation på Dansk Forum for Sundhedstjenesteforskningens årsmøde (november 2010)
- Bidrag til Gigtforeningens 'Inspirationskatalog – fem gode cases fra fem kommuner' (december 2010)
- Socialrådgiverforeningens fagblad og nytårsbrev (tema om rehabilitering) (januar 2011)
- Bidrag til KL's 'Samarbejde om sundhedsindsatser for sygedagpengemodtagere' (januar 2011)
- Præsentation for udførerenheden i MSB Aarhus Kommune (september 2011)
- Informationsdag til medarbejdere på Jobcentre i Aarhus Kommune (november 2011)
- Præsentation på KOSU temadag (december 2011)
- Afsluttende evalueringsrapport (januar 2012)
- Planlagt præsentation: Netværket af genoptræningsledere i Region Midtjylland (februar 2012)

Bilag 6: TKI i dag

De oplysninger der ligger til grund for de to TKI evalueringsrapporter stammer fra projektperioden i 2007-2009. Oplysningerne om projektet er fortsat gyldige i vid udstrækning, men nogle praktiske forhold omkring TKI har ændret sig efter at indsatsen er overgået til drift. Det er derfor fundet hensigtsmæssigt, at gøre et nedslag i en række punkter, som er af betydning for implementeringen og forankringen af TKI i dag:

Målgruppen

Arbejdet med TKI omfatter i dag en bredere gruppe af borgere end i projektperioden. TKI tilbydes til borgere fra alle 3 matchgrupper, hvis det skønnes relevant at tilbyde borgeren en tværfaglig koordineret indsats. Hovedvægten af borgere som inkluderes har langvarige sager eller risikosager (match 2 og 3).

Organisering og ansvarsområder

TKI er fortsat et tværmagistratsligt samarbejde mellem magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg (MSO) og magistratsafdelingen for Sociale Forhold og Beskæftigelse (MSB). Medarbejdergruppen, som i dag er involveret i den tværfagligt koordinerede indsats, består af 2 sagsbehandlere fra Jobcenter Nord, som fysisk er placeret på OGC; en koordinator, som er ansat af MSO og herudover deltager alle terapeuter (fysio- såvel som ergoterapeuter) på OGC i samar-

bejdet om de tværfaglige borgerforløb. Nedenfor er kort beskrevet arbejdsgruppernes ansvarsområder i TKI, som det aktuelt ser ud:

Sagsbehandlerne: har i dag samme antal sager som sagsbehandlere i jobcentrene. TKI-sagsbehandlerne har som hovedopgave at gennemføre den lovpligtige sygedagpengeopfølgning svarende til de sagsbehandlere, der sidder på et jobcenter i MSB. Herudover arbejder sagsbehandlerne på OGC med den tværfaglige koordinerede indsats. Sagsbehandlerne fungerer som tovholdere for borgerforløbene, og er ansvarlige for, at det tværfaglige samarbejde omkring borgerne iværksættes og gennemføres i forløbene ud fra borgernes individuelle behov. Opgaverne omfatter at indkalde terapeuter til drøftelse, være opmærksom på forløb og indkalde til tværfaglige samtaler, når det er relevant. Sagsbehandlerne deltager sammen med koordinator omkring udvikling og implementering af indsatsen (se arbejdsbeskrivelsen for koordinator). De 2 sagsbehandlere refererer til JobCenter Nord, ift. det socialfaglige arbejdsområde og til Centerledelsen for OGC ift. den daglige drift i centret og samarbejdet i TKI.

Koordinator: er ansvarlig for at udvikle og implementere TKI-indsatsen. Hvilket betyder at koordinator indsamler viden og erfaringer om TKI, formidler og drøfter nye tiltag med alle medarbejderne på OGC og indkalder til 2 årlige møder med alle på OGC for at drøfte indsatsen og udviklingsmuligheder. Herudover er koordinator ansvarlig for at indkalde den faglige følgegruppe til møder samt udarbejde statusrapporter og referater i forbindelse med følgegruppemøderne. Ved ugentlige møder med sagsbehandlerne visiteres nye borgere til TKI-indsatsen. Dette foregår via elektroniske krydslistes mellem MSB og MSO, der tjekkes i begge systemer, og herefter prioriteres sagerne og de mest relevante inddrages. Sammen med sagsbehandlerne formidles materiale om TKI til relevante fora og nye udviklingstiltag drøftes. I forbindelse her med afholder koordinator og sagsbehandlere 2 årlige stop-op-dage til udvikling og nytænkning af TKI.

Terapeuter: alle OGC's terapeuter (15 medarbejdere/13 årsværk) deltager i de tværfaglige borgerforløb. Det betyder, at både fysioterapeuter og ergoterapeuter arbejder med TKI. De har hovedansvaret for at gennemføre genoptræningsdelen af et borgerforløb. Terapeuterne orienterer sagsbehandlere løbende omkring det terapeutiske forløb for borgerne med henblik på at optimere borgerforløbene. Terapeuterne understøtter sagsbehandler og koordinators vurderinger af hvilke borgere, der er relevante ift. TKI.

De væsentligste ændringer fra projektperioden til TKI, som det ser ud i dag, er dels, at der nu er 2 sagsbehandlere som deltager i den tværfaglige indsats med fuld sagsnomering, hvor der i projektperioden kun var en enkelt sagsbehandler med et sagsantal under normalen. Desuden deltager alle terapeuter (både fysioterapeuter og ergoterapeuter) i den tværgående indsats mod de 37 timer fordelt på 3 fysioterapeuter, som var til rådighed for TKI-projektet. Ydermere er der nu en særskilt koordinatorfunktion, hvor koordinationsopgaven tidligere var delt mellem sagsbehandler og en terapeut.

Ansvaret for den faglige del af TKI-indsatsen er forankret i en faglig følgegruppe. Denne består af chefen for Job og Sundhed, afdelingsleder for Jobcenter Nord, leder for Ortopædisk GenoptræningsCenter, TKI-koordinator fra OGC samt de to sygedagpengesagsbehandlere, der arbejder på OGC. Følgegruppen har det overordnede faglige ansvar for indsatsen og er ansvarlige for, at indsatsen forløber så optimalt som muligt. Den faglige følgegruppe afholder møde 3-4 gange om året for i dette forum at debattere de opnåede resultater, udviklingstiltag samt det videre forløb af TKI. Referat fra møderne mailes til alle deltagere i den faglige følgegruppe efter hvert møde.

Projektets finansiering og ressourcer

Finansieringen af TKI er delt mellem MSB og MSO. MSB bidrager med to sagsbehandlere, hvis løn samt IT til disse og andel af driftsudgifter betales af MSB (JobCenter Nord). Sundhed og Velfærd, MSO betaler et beløb svarende til et terapeutårsværk, som dækker koordinatorfunktionen, samt den tværfaglige indsats og de særlige tilbud til sygemeldte, som alle terapeuter på OGC indgår i. Tværmagistratsligt er arbejdet om en overordnet aftale om rammer for samarbejde i gang, og i TKI vil følgegruppen i forlængelse heraf, arbejde for en specifik samarbejdsaftale om TKI-indsatsen. Den tværfaglige koordinerede indsats råder over 2 sagsbehandlere, hvis stillinger hver er normeret til 37 timer, og koordinatorstillingen som indeholder 37 timer. Disse 3 medarbejder bruger deres fulde arbejdstid på TKI-indsatsen. Herudover er alle terapeuter på OGC er involveret i TKI indsatsen. Efter visitation af borgere til det tværfaglige forløb orienteres terapeuten om, at borgeren deltager i TKI og samarbejdet begynder. Der er 12 fysioterapeuter og 3 ergoterapeuter ansat på OGC. Det er ikke muligt at opgøre, hvor stor en del af terapeuternes arbejdstid, som anvendes til tværfagligt samarbejde.

Indsats med borgeren i centrum

Indsatsen i TKI har fokus på, at forløbene tilrettelægges, så de er tilpasset hver enkelt borgers behov. Den enkelte borgers sag drøftes tværfagligst mellem terapeut og sagsbehandler, og der afholdes møder med borgeren omkring forløbet. Det tværfaglige samarbejde mellem terapeut og sagsbehandler fortsætter til borger er raskmeldt. Når det skønnes relevant for borgeren, tilbydes vedkommende at deltage på et samtræningshold, hvor genoptræningen foregår sammen med andre i lignende omstændigheder. Ofte afsluttes genoptræningsforløbet inden raskmelding og det videre samarbejde har herefter fokus på at optimere arbejdsstarten. Der er her bl.a. fokus på arbejdstid, ergonomi og træning. I den helhedsorienterede indsats er der eksempelvis mulighed for, at terapeuten kan tage på virksomhedsbesøg og vejlede på arbejdspladsen, hvis det vurderes, at det er essentielt for borger for at kunne vende tilbage til arbejde. Et særligt fokusområde har været den tværfagligt koordinerede indsats for borgere med rygforløb, da man gennem projektet har erfaret, at netop disse forløb kan være langvarige. I dag er TKI-indsatsen for borgere, der er opereret for discusprolaps i lænden, tilrettelagt, så denne gruppe indgår i et fast planlagt tværfagligt samarbejde for at sikre indsats så hurtigt som muligt.