



Region Syddanmark

OUH
Odense Universitetshospital
Svendborg Sygehus



SYDDANSKUNIVERSITET.DK

Tværasektorielt Samarbejde om Sygemeldte med Komplekse Kroniske Smerter

Forfattere:

Anne Lee, Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet

Gitte Handberg, Smertecenter Syd, Odense Universitets Hospital

Ryan Hansen, Tværfagligt Smertecenter, Herlev Hospital

Gitte Juhl, Tværfagligt Smertecenter, Herlev Hospital

Jytte Andersen, Smertecenter Syd, Odense Universitets Hospital



Fotograf: Bjarne Rementorp – "lillestenhavadnu"
Undersøgelsen er støttet af Sundhedsstyrelsen

Kolofon

Titel	Tværasektorielt Samarbejde om Sygemeldte med Komplekse Kroniske Smerter
Forfatter	Anne Lee, Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet Gitte Handberg, Smertecenter Syd, Odense Universitets Hospital Ryan Hansen, Tværfagligt Smertecenter, Herlev Hospital Gitte Juhl, Tværfagligt Smertecenter, Herlev Hospital Jytte Andersen, Smertecenter Syd, Odense Universitets Hospital
Institut	CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering
Udgivelsesdato	30. maj 2011.
ISBN nummer	978-87-92699-12-1
Undersøgelsen er støttet af Sundhedsstyrelsen	

Indhold

<i>Sammenfatning</i>	5
<i>Summary</i>	11
<i>Læsevejledning</i>	19
<i>Ordliste</i>	20
1 Indledning	26
1.1 Baggrund for undersøgelsen	26
1.2 Formål og afgrænsning	27
1.3 Projektgruppe og tilknyttede fagpersoner	27
2 Design, metoder og data	29
2.1 Overordnet analyseramme	29
2.1.1 Programteori	30
2.1.2 Randomiseret undersøgelse	31
2.2 Data	31
2.2.1 Litteraturstudie	32
2.2.2 Primær datagenerering.....	33
2.2.3 Ethiske forhold	34
3 Komplekse kroniske smerter; udredning og behandling	35
3.1 Kroniske smerter: diagnosekode DR52.2E	35
3.2 Sensibilisering og plasticitet	35
3.3 Kroniske smerter: en Bio – Psyko – Social kompleksitet	36
3.4 Forekomst	36
3.5 Økonomiske konsekvenser	36
3.6 Tværfaglig smertebehandling	37
3.7 Udredning og behandling i smertecentrene	39
3.7.1 Behandlingsforløb	39
3.7.2 Samarbejde med de kommunale myndigheder.....	40
3.9 De syges perspektiv	40
3.9.1 Hverdagen med en smertende krop	41
3.9.2 Søge efter lindring	41
3.9.3 Formidling af langvarig smerte	42
3.9.4 Ønske om værdighed	43
3.9.5 Beskrivelser i litteraturen	43
4 Sygedagpenge og sagsbehandling af sygemeldte med komplekse kroniske smerter	44
4.1 Omfang af sygedagpengesager	44

4.2 Sygedagpengeloven og sygedagpengeguiden.....	45
4.2.1 Formålet med Sygedagpengeloven (§1)	45
4.2.2 Persongruppen – arbejdsmarkedstilknytning	46
4.2.3 Varighed	46
4.2.4 Opfølgning.....	46
4.2.5 Diskussion af Sygedagpengeguiden	47
4.3 De deltagende Jobcentre	48
4.4 Sagsbehandling i jobcentrene	50
4.1.1 Sygedagpengeforløbet	50
4.4.2 Afklaring af fremtidigt forsørgelsesgrundlag	52
4.4.3 Økonomiske konsekvenser	54
4.5 Sygedagpengeforløbet; flaskehalse og problemområder	54
5 Den tværsektorielle samarbejdsmodel	56
5.1 Formål	56
5.2 Indhold.....	56
6 Afprøvning af samarbejdsmodellen; en randomiseret undersøgelse	59
6.1 Metode	60
6.1.1 Rekruttering af sygemeldte med komplekse kroniske smerter....	60
6.1.2 Interventions- versus kontrolgruppen.....	61
6.1.3 Styrkeberegning af det nødvendige antal deltagere.....	61
6.1.4 Randomisering.....	62
6.1.5 Data og instrumenter til generering af data	62
6.1.6 Analyser.....	64
6.2 Resultater	65
6.2.1 Karakteristik af deltagere i undersøgelsen.....	65
6.2.2 Udkomme i forhold til de forventede effekter	68
6.3 Sammenfatning og diskussion	70
7 Afprøvning af samarbejdsmodellen; erfaringer	71
7.1 Data	71
7.1.1 Analyser.....	73
7.1.2 Anvendelse af citater	74
7.2 Resultater	75
7.2.1 Sagsbehandlere	75
7.2.2 Lægekonsulenter.....	77
7.2.3 Sygemeldte med komplekse kroniske smerter	78
7.3 Sammenfatning og diskussion	83
8 Evaluering af samarbejdsmodellen.....	85
8.1 Metode	85
8.2 Data	86
8.2.1 Stormøder	86
8.2.2 Interviews	87

8.2.3 Databehandling og analyse	88
8.2.4 Diskussion af data.....	88
8.3 Programteorien for samarbejdsmodellen	88
8.3.1 En kausalmodel for samarbejdsmodellen	89
8.4 De involverede aktører og deres programteorier	91
8.4.1 Sagsbehandlingernes programteori.....	92
8.4.2 Lægekonsulenternes programteori	94
8.4.3 De tværfaglige smertecentres programteori	96
8.5 Ligheder og forskelle mellem de udviklede programteorier	97
8.6 Realitetstest af den tværsektorielle samarbejdsmodel	100
8.6.1 Implementering af alle samarbejdsmodellens bestanddele	101
8.6.2 Andre forholdes betydning for samarbejdsmodellens effekter ...	103
9 Konklusion og perspektivering.....	109
9.1 Hvordan kommer vi videre.....	111
10 Referencer.....	113
11 Bilag	116

Sammenfatning

Baggrunden for dette projekt var at undersøge, om et velbeskrevet og på forhånd aftalt handlingsforløb kunne ændre den til tider meget fastlåste onde cirkel, som den sygemeldte med komplekse kroniske smerter kan havne i: Når de kommunale myndigheder på den ene side ikke kan afslutte sagen til varig forsørgelse, fordi alle behandlingsmuligheder ikke er udtømte og tilstanden dermed ikke med sikkerhed kan siges at være varig, og smertecentrene på den anden side ikke kan opnå tilstrækkelig behandlingseffekt fordi den sygemeldte er forsørgelsesmæssigt uafklaret.

Usikkerhed om arbejdssituation og forsørgelsesgrundlag kan være meget belastende, og for den enkelte hindrende for at arbejde med forandringer i livet. Personer med kroniske smerter der modtager sygedagpenge, er ofte meget lidt tilgængelige for tværfaglig smertebehandling. De kommer typisk i klemme mellem de forskellige lovgivninger og myndigheder. Fra kommunernes side betragtes Smertecentrene som et behandlingstilbud, der skal være afprøvet, inden der kan foretages endelig vurdering af arbejdsevne og beslutning om eventuelle behov for varige forsørgelsesydelse. Og smertecentrene oplever at de sygemeldte ikke har overskud til at deltage i behandlingen, så længe forsørgelsesgrundlaget er uafklaret. Smertecentrene møder sygemeldte som har levet med et usikkert forsørgelsesgrundlag gennem lang tid.

Formål

Ønsket med undersøgelsen var at udvikle, afprøve og evaluere en model for samarbejde mellem det sociale system og sundhedssystemet i den danske velfærdsstat med sigte på at løse udvalgte individers problem. Det sociale system er repræsenteret af jobcentre medens sundhedssystemet er repræsenteret af tværfaglige smertecentre. Sektorernes samarbejde drejer sig på individniveau om sygemeldte med komplekse kroniske smerter. Formålet var at etablere et forløb for sygemeldte med komplekse kroniske smerter som kunne sikre, at relevant viden blev stillet til rådighed for de besluttende myndigheder. Forløbet skulle endvidere sikre at der blev opnået hurtigere afklaring for den sygemeldte, således at sygedagpenge som midlertidig ydelse erstattes af et varigt forsørgelsesgrundlag.

Målgruppe

De to primære målgrupper for denne rapport er politisk-administrative beslutningstagere på såvel social- som sundhedsområdet samt forskere på begge områder. En anden målgruppe er forskere i offentlig politik og forvaltning med fokus på tværsektorielt samarbejde mellem myndigheder (netværksudvikling, myndighedssamarbejde og forvaltningskonsekvenser af styreform). Rapporten er desuden relevant for alle der på forskellig vis i social- og sundhedsvæsenet er involveret i behandling af mennesker med komplekse kroniske smerter.

Metode

I en systematisk gennemgang af litteraturen blev der søgt viden om social intervention i forhold til kroniske smertepatienter. Patientgruppen var kroniske smertepatienter, der modtager sygedagpenge eller kontanthjælp. Søgningen resulterede i 150 titler, hvoraf ingen direkte belyser samarbejdsmodeller mellem sociale myndigheder og sundhedsvæsenet om smerteudredning af kroniske smertepatienter. Der blev efterfølgende identificeret en dansk rapport om et tværsektorielt forsøg med forebyggelse af kronisk sygdomsudvikling blandt sygemeldte med rygsmerter. Derudover blev der identificeret en dansk rapport om en koordineret indsats i forhold til arbejdsfapholdelse af sygemeldte med længerevarende smerter i bevægeapparatet og en dansk rapport om 10 kommuners erfaringer med metoder til at mindske sygefraværet. Da der ikke blev identificeret litteratur der belyser samarbejdsmodeller om udredning af kroniske smertepatienter, er der hverken udført en stringent læsning eller vurdering af litteraturen. Den inkluderede litteratur indgår derimod i baggrundsbeskrivelser og diskussioner i de enkelte delelementer af rapporten.

I undersøgelsen blev en konkret tværsektoriel samarbejdsmodel mellem det sociale system og sundhedssystemet, omkring individuelle patienter, udviklet og efterfølgende afprøvet med deltagelse af Jobcentrene i København, Odense og Nyborg samt Smertecentrene i Herlev og Odense.

I samarbejdsmodellen indgik:

- kompetenceudvikling af sagsbehandlere i jobcentre
- mulighed for direkte henvisning af sygemeldte med komplekse kroniske smerter fra jobcentre til smertecentre
- hurtig indkaldelse og udfærdigelse af dokumenter (speciallægeerklæring og funktionsbeskrivelse) i tværfaglige smertecentre
- tilsendelse af dokumenter til jobcentre og mulighed for personligt møde mellem sygemeldte, sagsbehandler og lægekonsulent i jobcentre og speciallæge og socialrådgiver i smertecentre.

Den overordnede analyseramme for udvikling og evaluering af den tværsektorielle samarbejdsmodel var programteori, medens selve afprøvningen af modellen foregik som en randomiseret undersøgelse.

Undersøgelsen foregik i perioden 1. maj 2007 til 31. maj 2008. Konsekutive sygemeldte modtagere af sygedagpenge, der lider af komplekse kroniske smerter blev, efter samtykke, udtrukket til deltagelse i en interventionsgruppe eller en kontrolgruppe. Udtrækningen foregik stratificeret således at deltagelse i de to grupper blev fordelt jævnt ift. kommune, køn, alder og dansk/ikke dansk herkomst. For deltagerne i interventionsgruppen indgik der smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel medens deltagerne kontrolgruppen fulgte det sædvanlige sagsbehandlingsforløb. Deltagerne i de to grupper blev fulgt i en periode på 12 måneder.

Resultater

Af hensyn til den randomiserede undersøgelse skulle 120 sygemeldte inkluderes i undersøgelsen over 12 måneder, og med en efterfølgende opsamlingsperiode på 12 måneder. Ved periodens udløb var der inkluderet 51 personer. Det blev besluttet ikke at forlænge dataindsamlingen da rekrutteringen var vanskelig og de barrierer der var for de sygemeldte, med hensyn til afklaring af deres forsørgelsesgrundlag, var tydelige og ville kunne beskrives.

Forud for afprøvningen af samarbejdsmodellen var forventningerne til resultatet formuleret som en (forventet) primær effekt og fem sekundære effekter. I det følgende beskrives de respektive forventninger og opnåede resultater.

Den primære effekt:

- Sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel, afklares og kommer hurtigere væk fra sygedagpenge til andet forsørgelsesgrundlag (f.eks. ordinært job, fleksjob, revalidering eller førtidspension) end sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb

Der var lige mange sygemeldte i de to grupper ved 12 måneder opfølgning og der kunne dermed ikke påvises forskel grupperne imellem med hensyn til hvor mange sygemeldte der blev afklaret i observationsperioden. Der kunne heller ikke påvises forskel i forhold til hvilken forsørgelse de eventuelt var overført til. Den primære effekt blev således ikke nået.

De sekundære effekter:

- Kommunale sagsbehandlere oplever at få et bedre beslutningsgrundlag for afklaring af forsørgelsesgrundlag for sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel i forhold til udredning for sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb
- De involverede fag-professionelle aktører (kommunale sagsbehandlere, lægekonsulenter, fagpersoner i smertecentre og praktiserende læger) oplever bedre tværsektoriel koordinering og samarbejde i forhold til sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede samarbejdsmodel end sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb

De sekundære effekter blev ikke mødt. Undersøgelsens formål med at skabe en øget viden om kroniske smerter og et bedre samarbejde mellem jobcentre og smertecentre, oplevedes generelt ikke at være nået.

- Sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel, visiteres færre gange til speciallægeerklæringer og arbejdsprøvning end sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb

- Sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel, har mindre forbrug af ydelser fra primære og sekundære sundhedssektor end sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb

I den økonomiske analyse var der intenderet registertræk for at finde eventuelle forskelle mellem de to grupper i forbrug af ydelser fra det primære og sekundære sundhedssystem. Det ringe antal inkluderede sygemeldte gør at projektgruppen afstår fra disse analyser.

- Sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel, er mere tilfredse med sagsforløbet og dets resultat end sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb

Effekten blev ikke nået. Der var ingen forskel to mellem de grupper i forhold til tilfredshed med forløb og udfald udkomme af sagsbehandlingen. De sygemeldte der blev vurderet i smertecentret oplevede, at blive mødt med forståelse, genkendelse og anerkendelse af deres smerter hvorved de fik en større forståelse af egne smerter. Derimod oplevede ingen af dem, at dokumentationen fra smertecentret havde en afgørende betydning for deres sygedagpengeforløb eller dets resultat.

Samlet vurdering

Formålet med undersøgelsen var at udvikle en tværsektoriel samarbejdsmodel og afprøve denne i praksis. Det var hensigten at samarbejdsmodellen skulle resultere i en bedre afklaring af sygemeldte med komplekse kroniske smerter. Imidlertid viste afprøvningen af modellen, i form af en randomiseret undersøgelse, at de forventede effekter ikke blev nået.

Flere forhold havde betydning for at undersøgelsen fik et langt mindre antal deltagere end forventet og det er uvist om det lille antal deltagere har betydet, at en eventuel effekt er overset (type II fejl). Det er dog projektgruppens vurdering at en række af barrierer for samarbejdet har medført at der ikke kan forventes signifikante effekter af interventionen.

Forventningen til samarbejdsmodellen var at et samarbejde mellem jobcentre og smertecentre, samt et dokument udfærdiget på et tværfagligt smertecenter, kunne give det nødvendige overblik, og dermed medvirke til en afklaring af sygedagpengesagen. Undersøgelsen viste at udfærdigelse af et sådant dokument kun udgør en lille del af den samlede sagsbehandling og at det ikke lykkedes at etablere det ønskede samarbejde mellem sektorerne.

Såvel fravær af betydningsfulde kontekstuelle forhold, herunder ressourcer og viden om komplekse kroniske smerter i det sociale system, samt forhold omkring implementeringen af samarbejdsmodellen udgjorde barrierer, der var medvirkende til at det ikke lykkedes.

Undersøgelsen viser at sygemeldte med komplekse kroniske smerter er vanskelige at identificere og afklare i det sociale system. Den vanskelige sagsbehandling medfører en risiko for at der indhentes et stort antal attester og såvel kvaliteten af attester, som omfanget af disse, har betydning for om der kan skabes det nødvendige overblik til at der kan nås til en hurtig og relevant afklaring.

Sagsbehandlerressourcer var ikke en del af samarbejdsmodellen, men netop denne ressource og et stort personaleflow synes at have haft betydning for implementeringen af samarbejdsmodellen og for udbyttet af kompetenceudviklingen. Ligesom projektformen med den indbyggede midlertidighed, store mængde information og hvor halvdelen af de sygemeldte alligevel udtrækkes til vanlig praksis, kan udgøre en hindring og overskygge indholdet af et tiltag.

Derudover var forhold i forudsætningerne for samarbejdsmodellen medvirkende til hvorvidt det lykkedes at etablere det ønskede samarbejde og at opnå de ønskede effekter. Den programteoretiske analyse kunne således afdække en række forhold der fungerede som moderatorer og dermed påvirkede det forventede årsagsvirknings-forholds styrke eller retning.

Udover det sammenfaldende mål om afklaring af den sygemeldtes forsørgelsesgrundlag var der et forskelligt mål for hhv. jobcentre og smertecentre, bestemt af forskelle i opgaver og fokus. Da opgaven i det sociale system er at få sygedagpengemodtagere tilbage til selvforsørgelse på arbejdsmarkedet, alternativt at opnå en afklaring til andet varigt forsørgelsesgrundlag, er fokus her på den sygemeldtes ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet. Jobcentrenes vurderinger har udgangspunkt i den sygemeldtes arbejdsevne og helbredsmæssige ændringer, der har betydning for denne. Opgaven i smertecentrene er behandling af patienter og her er fokus på forbedret livskvalitet, generelt i forhold til den sygemeldtes samlede livssituation og ikke specifikt i forhold til arbejdsevnen.

Dokumentation af de helbredsmæssige forholds betydning for funktions- og arbejdsevne hos den sygemeldte, udarbejdes i sundhedsvæsnet og tolkes i det sociale system af sagsbehandlere og lægekonsulenter. Hvordan dokumentationen udformes i sundhedsvæsnet har derfor betydning for anvendeligheden. Da der ikke er nogen formaliseret måde at skrive lægeerklæringer på, må man i sundhedsvæsenet tilegne sig viden om hvilke oplysninger dokumentationen skal indeholde, og hvordan disse oplysninger skal videregives og anvendes.

For at en dokumentation som er udfærdiget i sundhedsvæsnet, bliver anvendt i det sociale system, må den opleves som relevant, objektiv og helhedsorienteret. Da det er lægekonsulenterne i det sociale system, der rådgiver sagsbehandlere i forhold til de helbredsmæssige forhold, må det anses for at være af afgørende betydning om dokumentationen, herunder diagnosticering af kroniske smerter, opleves som anvendelig og troværdig af lægekonsulenterne, ligesom det må forventes at de er fagligt opdateret.

Medens der er en generel forventning til at den sygemeldtes ressourcer inkluderes i dokumentation, kan der sættes spørgsmålstegn ved den reelle betydning af de sociale forhold for afklaringen og dermed også hvordan funktionsbeskrivelsen, udarbejdet i smertecentret, læses og anvendes i det sociale system. Medens såvel sagsbehandlere som lægekonsulenter anerkender lovgivningens vægtning af sociale forhold, så erkender de også at det er de helbredsmæssige forhold der i sidste ende har betydning for afklaring af en sygedagpengesag.

Undersøgelsen har afdækket såvel barrierer som diskrepans mellem opfattelse af og viden om komplekse kroniske smerter, forhold som kan være afgørende for den enkelte sygemeldte i forhold til afklaring af arbejdsevne og forsørgelsesgrundlag.

Baggrunden for samarbejdsmodellen var et ønske om at skabe et reelt samarbejde. Samarbejdsmodellen inkluderede en fælles målsætning om en kortere afklarings tid, men adresserede ikke i tilstrækkeligt omfang forskelle i forhold til opgaver og dermed fokus, eller forskelle i opfattelse af og viden om komplekse kroniske smerter. Det samarbejde der blev skabt kan derfor ikke karakteriseres som reelt tværsektorielt samarbejde men mere som et forsøg på at kvalificere det allerede etablerede samarbejde mellem sagsbehandler og lægekonsulent i jobcentrene vha. en speciallægeerklæring og en funktionsbeskrivelse udfærdiget i et tværfagligt smertecenter.

Hvis der skal skabes et reelt samarbejde synes dette at forudsætte, ud over rammer og strukturer, en tillid mellem de involverede aktørgrupper baseret på såvel en fælles målsætning som kendskab, forståelse og anerkendelse af hinandens arbejdsmetoder og teorigrundlag.

Hvordan kommer vi videre

Talrige initiativer og megen aktivitet har i årevis præget sundhedssystemet og det sociale system i forsøg på at løse eller reducere problemerne med kroniske smerter. Ansatte i sundhedssystemet må erkende, at de hyppigst ikke kan »helbrede« kroniske smerter, selv ikke i de tilfælde, hvor en sandsynlig ætiologi forekommer, og ansatte i socialsystemet må erkende, at nogle individer af forskellige årsager ikke »passer« ind i det traditionelle arbejdsmarked.

Området omkring personer med komplekse kroniske smertetilstande er særdeles kompliceret og præget af mangel på strategi og koordination både med hensyn til viden, behandling og målsætninger. Og problemets omfang synes at ekspandere i den vestlige verden. Det er nødvendigt at overveje, om det nuværende system i tilstrækkelig grad tilgodeser kroniske smertepatienters behov, herunder om der er behov for, at skabe et tættere samarbejde mellem det sociale system og den primære og sekundære sundhedssektor.

Det tværsektorielle samarbejdsprojekt synes ikke at have øget samarbejdet tilstrækkeligt, men har til gengæld afdækket nogle af de områder som i fremtiden kan forbedres.

Hvis der fremover skal arbejdes med en hurtigere afklaring af sygemeldte med komplekse kroniske smerter tyder erfaringerne fra denne undersøgelse på, at det bør foregå i en sammenhængende tværfaglig og tværsektoriel indsats.

- Der må arbejdes med at etablere nye alternative samarbejdsformer for derved at styrke brugen af specialviden på tværs af sektorer. Samarbejdsformen må tilgodese mulighed for kontinuerligt samarbejde, sagsbehandling og forståelse for hinandens referencerammer samt forståelse af smertetilstanden og afklaring af forsørgelsesgrundlaget
- Systematisk undervisning i smerterelaterede problemstillinger må kontinuerligt tilbydes nuværende og kommende læger, sagsbehandlere og konsulenter der deltager i identificering, afklaring og behandling af sygemeldte med komplekse kroniske smerter
- Der er behov for større gennemsigtighed i vægtningen af de forskellige delelementer i ressourceprofilen
- Der må formuleres retningslinjer for udformning og indhold af begæring af speciallægeerklæringer og for udformning og indhold i den lægelige dokumentation, omhandlende sygemeldte med komplekse kroniske smerter. Det foreslås, at et udvalg af interessenter fra social- og sundhedsvæsnet udfærdiger retningslinjer samt sikrer at viden om disse retningslinjer, og om den aktuelle lovgivning når de rette personer

Summary

The purpose of this project was to examine if a thorough documentation and a predefined course of action could change the circumstances of people with complex chronic pains on long-term sick leave.

The uncertainty regarding these people's future employment situation and means of subsistence can be very burdensome and may prevent a person from working for changes in their life. Persons with complex chronic pain on long-term sick leave are usually not very available for multidisciplinary pain treatment. Often, they are caught in uncertainty between two sets of legislation and various public authorities. The municipalities consider the multidisciplinary pain centers to be a treatment option which the person must undergo and an assessment of the ability to work must be completed, before a decision about the need for future subsistence, if any, can be made. The multidisciplinary pain centers find that the persons on long-term sick

leave do not have the surplus energy to participate fully in their own treatment as long as their future financial situation is uncertain. The pain centers receive persons on long-term sick leave who have lived with this uncertainty for a long period of time.

Objective

The purpose was to develop, test and evaluate a model for collaboration between the social system and the health system in the Danish welfare system, aiming at solving the problem for specific persons. The social system is represented by job centers while the health system is represented by the multidisciplinary pain centers. The aim was to establish a procedure for collaboration in relation to persons with complex chronic pain to ensure that relevant information is available for the decision-making authorities. The procedure must also ensure that a final assessment of the person on long-term sick leave is reached faster than it is at present, in order to replace sickness benefit with permanent subsistence.

Target group

The two primary target groups of this report are the political administrative decision-makers both in the social sector and in the health sector as well as researchers in these areas. Another target group is researchers in the field of public politics and administration with a focus on cross-sectorial collaboration between authorities (developing networks, authorities working together and administrative consequences induced by form of government). Furthermore, the report is relevant for all who, in different ways, are involved in the social sector and the health sector treating persons with complex chronic pain.

Method

In a systematic review of the literature a search for knowledge on the social intervention in the case of chronic pain patients was performed. The patient group was chronic pain patients who received sickness benefit or social security. The search resulted in 150 titles, none of these directly dealing with collaboration models concerning collaboration between the social authorities and the health sector concerning diagnosing chronic pain patients. Later, a Danish report on a cross-sectorial trial on prevention of developing chronic stages of disease in persons with back pain who were on long-term sick leave was identified. Furthermore a Danish report on a coordinated effort to keep persons on long-term sick leave due to pain in the musculoskeletal system, in the labor market, and a report of 10 municipality's experiences of methods for lowering the sickness absence were identified. As there are not identified any literature about collaboration models for diagnosing chronic pain patients, a rigorous reading or assessment of the literature has not been performed. Instead, the literature is used in background descriptions and discussion in the different parts of the report.

In the project an actual cross-sectorial collaboration model regarding the interaction between the social system and the health system concerning

specific patients was developed. The model was developed and tested in the job centers in the cities of Copenhagen, Odense and Nyborg and in the multidisciplinary pain centers at the hospitals in Herlev and Odense.

The collaboration model consisted of;

- Competency development of the social workers in the job centers
- A possibility for direct referral of persons with complex chronic pain on long-term sick leave from a job center to a multidisciplinary pain center
- Swift notice and preparation of documents (statement from specialists and description of the patients capacities) in the interdisciplinary Pain Relief Centers
- Forwarding documents to the Job Centers and providing an opportunity for a personal meeting between the involved parties

The overall analytic frame for developing and evaluating the cross-sectorial collaboration model was Program Theory (Theory Based Evaluation) while the testing of the model was a randomized study.

The study took place between May 2007 and May 2008. Persons who were on long-term sick leave due to complex chronic pain were after consenting to participate in the study consecutively randomized to participation in an intervention group or a control group. The participants in the intervention group received a surplus of pain diagnosis according to the cross-sectorial collaboration model while the participants in a control group received the usual case management. The participants in the two groups were monitored in a period of 12 months.

Results

To meet the requirements of the randomized study 120 persons on long-term sick leave should be included in the project within a 12-month period and participate in a 12-month trial period to follow. At the end of the recruitment period 51 persons were included. It was decided not to prolong the recruitment period as the recruitment was difficult, and as description of the existing barriers for persons on long-term sick leave regarding clarification of their future subsistence were evident and could be described.

Before commencing the study the expected effects were outlined as; one primary and five secondary effects of which the results are presented in the following.

Primary effect:

- Persons on long-term sick leave who are offered diagnosing according to the cross-sectorial collaboration model, are clarified and will thereby move away from long-term sick leave to a different subsistence (e.g. ordinary job, flexible job (for persons with a reduced ability to work), rehabilitation or incapacity benefit) faster than the persons on long-term sick leave who were offered the usual case management

At 12-month follow-up there was the same number of persons on long-term sick leave in the two groups therefore no difference between the groups

could be shown regarding how many persons on long-term sick leave that were clarified in the observation period. There was also no variation between the two groups regarding the type of permanent subsistence achieved. Therefore it can be concluded that the primary effect was not achieved.

Secondary effects:

- Municipal social workers experience having a better basis for decision-making in clarification of subsistence for persons on long-term sick leave, who are offered diagnosing according to the cross-sectorial collaboration model than they do for persons who are offered the usual case management
- The involved professional participants (municipal social workers, consulting physicians, professionals in the multidisciplinary pain centers and GP's) experience improved cross-sectorial coordination and collaboration regarding persons on long-term sick leave who are offered diagnosing according to the cross-sectorial collaboration model compared to collaboration regarding persons on long-term sick leave who are offered the usual case management

The secondary effects were not reached. Overall, the purpose of the project creating an increased knowledge about chronic pain and creating better collaboration between job centers and multidisciplinary pain centers were not reached.

- Persons on long-term sick leave who are offered diagnosing according to the cross-sectorial collaboration model are referred to specialized doctor's assessments and work ability testing fewer times than persons who are offered the usual case management
- Persons on long-term sick leave who are offered diagnosing according to the cross-sectorial collaboration use fewer services in the primary and secondary health sector than persons on long-term sick leave who are offered the usual case management

In the economic analysis it was intended to do a register based analysis to find possible differences between the two groups in their use of services in the primary and secondary health system. But it was decided to refrain from performing these analyses, given the low number of persons on long-term sick leave included in the study.

- Persons on long-term sick leave who are offered diagnosing according to the cross-sectorial collaboration model are more satisfied with their case history and the final result of this than persons who are offered the usual case management

The effect was not reached. There was no difference between the two groups regarding satisfaction with their case history and the final result of the casework. Persons on long-term sick leave assessed in the Pain Relief Centers experienced that they were met with understanding, recognition and appreciation of their pain and thereby obtaining a more profound

understanding of their own pain. On the other hand, none of them experienced that the documentation from the Pain Relief Centers had a decisive effect on their casework and the final result of this.

Overall assessment

The goal of this project was to develop a cross-sectorial collaboration model and to test the use of it in an actual work environment. It was the aim of the model to achieve a better clarification of persons on long-term sick leave due to complex chronic pain. However, the randomized controlled study showed that this was not achieved.

Several conditions entailed that the study did not include the expected number of participants and it is unknown if the small numbers included caused an eventual effect to be overlooked (type II error). Still, it is the impression of the evaluators that the identified barriers for cooperation were so dominant that a significant effect was not to be expected.

The expectation was that the model would create teamwork between the job centers and the multidisciplinary pain centers, and that a document from a multidisciplinary pain center could provide the needed overview of the case and thereby assisting to its clarification. The project showed that preparation of such a document only makes up a small part of the casework and that the desired teamwork between the sectors was not reached. Absence of essential contextual conditions, such as resources and knowledge of complex chronic pain in the social system as well as conditions regarding implementation of the collaboration model were barriers which may have contributed to the unsuccessfulness of the project.

The project showed that persons on long-term sick leave due to complex chronic pain are difficult to identify and clarify in the social system. The difficult casework causes a risk of demanding a large number of examinations by specialists, and the quality of the examination documents as well as the magnitude of these, has a negative impact on achieving the sufficient overview needed to reach a swift and relevant decision of the casework. The social worker resources were not part of the collaboration model but this resource and a large staff flow seemed to influence the implementation of the collaboration model and the result of the competency development. Also the project form itself being of a temporary nature and holding large amounts of information and the fact that half the persons are given the usual case management were considered as barriers for the success of the project.

The preconditions of the collaboration model may play a role in whether or not collaboration was established and the desired effects were reached. The evaluation based on program theory was able to identify a number of conditions that acted as moderators and thereby influenced the expected strength and direction of the causal relations in the cross-sectorial collaboration model.

Apart from the common goal of clarifying the casework and deciding on the future subsistence the Job Centers and the Pain Relief Centres had different goals determined by differences in tasks and focus. As the task in the social system is to return the persons on long-term sick leave to the labour market, or alternatively to reach a clarification and a different permanent subsistence, the focus is here on the person's resources in relation to his or her work life. The evaluations in the Job Centers are based on the person's ability to work and changes in health conditions that are of importance to this ability. The task of the Pain Relief Centers is treatment and here, focus is on improved quality of life for the person's general life situation and not specifically in relation to the person's ability to work. The Pain Relief Centers assessments include biological, psychological and social factors and their influence on the ability to function.

The documentation of the influence on the ability to function and work due to the health related conditions for the persons on long-term sick leave is produced in the health system and processed in the social system by social workers and consulting physicians. Therefore, it is important how the documentation is written in the health system to ensure the usability of the document. As there is no formalized way of writing the physician's documentation the health system must gather knowledge about the information their documentation should include and how this information should be passed on and applied.

If documentation provided by the health system is to be used by the social system it must be seen as relevant, objective and holistic. As it is the consulting physicians in the job centers who advice the social workers regarding the health conditions in a case, it is highly important that the documentation, including the diagnosis of chronic pain, is considered to be usable and trustworthy by the consulting physicians, as it is expected for them to be clinically updated.

Even though it is generally expected that the capacities of the person on long-term sick leave is included in the resource profile compiled in the Job Center one can question how much emphasis this has in the clarification of the case and thereby also how the description of the patients capacities written by the multidisciplinary pain centers was applied in the social system. While social workers as well as consulting physicians acknowledged the emphasis of the social conditions and capacities they also admitted that it is the health condition that really matter in clarifying a case.

The project discovered both barriers and discrepancy between the perception of and knowledge about complex chronic pain, conditions that may be crucial for the individual person on long-term sick leave regarding clarification of ability to work and future subsistence.

The aim for the collaboration model was to create an actual teamwork. The collaboration model included a common goal for a shorter time period before clarification of persons on long-term sick leave, but did not

adequately address the difference in tasks and thereby in focus, or the differences in perception of and knowledge about complex chronic pain. The collaboration that was created can thus not be characterized as actual cross-sectorial collaboration but more as an attempt to qualify the already established collaboration between the social workers and physician consultants in the Job Centers by means of specialized doctor's examinations and a capacity description written in an interdisciplinary multidisciplinary pain center.

For an actual cross-sectorial collaboration to be created it seems essential that, besides framework and structure, a mutual trust is established between the involved parties based on a common goal as well as knowledge of and understanding and recognition of the different work methods and theories.

Where do we go from here?

For years, numerous initiatives and much activity has been initiated in the health system and the social system in an attempt to solve or reduce the problems in relation to chronic pain. The professionals in the health system will have to realize that they often cannot "cure" chronic pain not even in cases where a plausible etiology is present, and professionals in the social system will have to realize that some individuals, for different reasons, do not "fit" into the traditional labour market.

The field of persons with complex chronic pain is very complicated and dominated by lack of strategies and coordination both with regard to knowledge, treatment and objectives. The extent of the problem seems to be expanding in the western world and it is necessary to consider if the present system meets the needs of the patients with chronic pain, and if there is a need for creating a closer teamwork between the social system and the primary and secondary health sector.

The cross-sectorial collaboration project does not seem to have increased the collaboration between the systems sufficiently but has on the other hand uncovered some areas which can be improved in the future.

If there is to be developed ways of shortening the time period for clarification of cases and replacing sick pay with permanent subsistence the experience from this report points to the following:

- Clarification of the person on long-term sick leave due to complex chronic pain should be performed in a consecutive multidisciplinary and cross-sectorial effort
- New alternative collaboration structures should be developed, thereby strengthening the use of specialist's knowledge across the sectors. The structure of the collaboration should prioritize continuous collaboration, casework and understanding of the different frames of reference as well as consideration for the pain and clarification of the future subsistence

- Systematic education in pain related problems should be offered continuously to present and future physicians as well as to social workers and consultants participating in identification, clarification and treatment of persons on long-term sick leave due to complex chronic pain
- A more specific and clear declaration of the value of the different elements in the resource profile is needed
- Guidelines for the design and the contents of the request and the physician's documentation regarding persons on long-term sick leave due to complex chronic pain must be defined. It's suggested that a committee of stakeholders from the social system and the health system sets up these guidelines and make sure that knowledge about these guidelines and the of current legislation reaches the right persons

Læsevejledning

Denne rapport handler om et samarbejdsprojekt mellem sociale myndigheder og sundhedsvæsenet, med sigte på at løse udvalgte individers problem. Et projekt der omfatter udvikling, afprøvning og evaluering af en konkret samarbejdsmodel.

Baggrund for og formål med at arbejde med en tværsektoriel samarbejdsmodel er beskrevet i kapitel 1. Her beskrives det også hvilke aktører, indenfor såvel det sociale område som sundhedsområdet, der deltog i arbejdet. En overordnet beskrivelse af projektets design, metoder og data, samt et litteraturstudie udført ved projektstart, findes i kapitel 2. En mere uddybende beskrivelse af de konkret anvendte metoder og data findes i de indledende afsnit i kapitlerne 6,7 og 8.

I kapitlerne 3 og 4 gives en indføring i undersøgelsens genstandsfelt: I kapitel 3 beskrives komplekse kroniske smerter herunder; forekomst, årsager, omkostninger, de involverede tværsektorielle smertecentre og den udredning af komplekse kroniske smerter der foregår der. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af de sygemeldtes oplevelser ift., at have kroniske smerter. I kapitel 4 beskrives sygedagpengeområdet herunder; omfanget af sygedagpengesager, lovgivningen på området, de tre jobcentre der indgår i projektet samt forløbet af sagsbehandlingen; generelt og specifikt for sygemeldte med komplekse kroniske smerter. Kapitlet afsluttes med en oversigt over sygedagpengeforløbet og de forhold der er med til at skabe langstrakte afklaringsforløb.

Indholdet af den udviklede og afprøvede tværsektorielle samarbejdsmodel beskrives i kapitel 5. Kapitel 6 og 7 handler om afprøvningen af den tværsektorielle samarbejdsmodel i en randomiseret undersøgelse. Undersøgelsen foregik i perioden 1. maj 2007 til 31. maj 2008 i tre jobcentre og to smertecentre. I kapitel 6 redegøres for patientgruppen og den anvendte metode, herunder rekruttering, lodtrækning og forløb i hhv. interventions- og kontrolgruppe. Derudover redegøres der for de anvendte data og analyser samt for resultaterne af den randomiserede undersøgelse. De opnåede erfaringer med den tværsektorielle samarbejdsmodel blandt sygemeldte med komplekse kroniske smerter, sagsbehandlere, lægekonsulenter og personale i de tværfaglige smertecentre beskrives i kapitel 7.

I kapitel 8 evalueres den tværsektorielle samarbejdsmodel ved en programteoretisk analyse og efterfølgende realitetstest. Realitetstesten har fokus på hvorvidt samarbejdsmodellens delelementer blev implementeret og hvorvidt andre forhold har betydning for resultater af og erfaringer med afprøvningen af den tværsektorielle samarbejdsmodel. Kapitel 9 indeholder såvel en samlet konklusion på projektet som overvejelser og forslag til hvad der kan gøres fremover.

Ordliste

Aktør. Nogen (en person) som handler, gør noget, udretter noget.

Biomedicinsk behandling. Behandling som f.eks. kirurgi, medicin eller fysisk træning; i modsætning til psykologisk behandling.

Centralnervesystemet. Hjerne og rygmarg.

Datagenerering. Indsamling af data (f.eks. tal, tekst, udsagn) der forventes at belyse de spørgsmål der ønskes undersøgt/besvaret.

Demografi. Data der beskriver den befolkningsgruppe man beskæftiger sig med.

Diagnostik. Fastslå arten af en lidelse.

Diskurs. De mønstre der strukturerer vores sprog og hvordan vi taler og skriver indenfor forskellige sociale domæner; det være sig i et specifikt samfund, en specifik arbejdsplads eller anden form for social gruppe.

Effekt; primære og sekundære effekter. Beskrivelse af den virkning der ønskes opnået ved en handling. Henholdsvis først og fremmes, og efterfølgende.

Ekskludere. Udelukke; her i betydningen at en person ikke opfylder inklusionskriterierne om at have komplekse kroniske smerter og modtage sygedagpenge.

Emotionel (oplevelse). Følelsesmæssigt (psykisk).

Fænotype. Aktuell egenskab eller fremtræden indenfor det område der fokuseres på. Fænotype er et samlet resultat af de genetiske anlæg og de ydre omstændigheder,

Funktionel-MR. Magnetisk Resonansundersøgelse. Undersøgelsesmetode baseret på en kombineret anvendelse af magnetfelter, radiobølger og computerteknik. Anvendes som biokemisk undersøgelsesmetode til at følge fysiologiske ændringer i kroppen under forskellige påvirkninger.

Funktionsbeskrivelse. Beskrivelse af en persons funktionsniveau. Her en beskrivelse af hvad smerterne og følgevirkningerne til smerterne betyder for funktionsniveauet.

Generalisering/generaliserbarhed. Udbredelse til andre forhold, andre områder eller andre sammenhænge end den, hvori forholdet er undersøgt.

Iatrogen misbrug. Skader eller ubehag påført af behandler. Typisk fejlagtig anbefaling af brugen af morfinstoffer således at patienten tilsyneladende har et misbrugsproblem også kaldet pseudomisbrug.

Inklusion. Inddrage; her i betydningen, at en person med komplekse kroniske smerter der modtager sygedagpenge indvilliger i at deltage i projektet.

Ionkanaler. Proteiner, der danner kanalformede åbninger i cellemembraner til etablering og kontrol af elektriske gradienter (spændinger).

Interventionsgruppe. Den gruppe af deltagere i en undersøgelse, der modtager den behandling der undersøges. I dette tilfælde er det de sygemeldte der ved lodtrækning blev henvist til et smertecenter.

Kausal, kausalitet, kausalmodel. Årsagssammenhæng. Forhold som angår eller rummer årsagen til noget. Et kausalt forhold er et årsags – virknings forhold. Kausalmodel er en model, der bliver anvendt til at påvise en årsagssammenhæng.

Kontekst, kontekstuelle faktorer. Sammenhæng hvori noget finder sted. I forbindelse med program-/virkningsteori er kontekstuelle faktorer forhold, der skal være til stede for at det ønskede udbytte/forventede effekter kan skabes.

Kontrolgruppe. Den gruppe af deltagere i én undersøgelse der ikke modtager behandling. Her de sygemeldte der efter lodtrækning forblev i et uændret forløb i kommunerne.

Logbøger. Sider til notater af på forhånd aftalte begivenheder eller datoer.

Mann-Whitney test. En statistisk test for om en variabel fra to uafhængige stikprøver kan antages at have samme størrelse. Anvendes ved kontinuerte variable, som f.eks. alder, hvor variabelen er angivet som antal år.

Modalitetsorienterede klinikker. Klinikker, hvis aktivitet er rettet i en bestemt retning f.eks. rettet mod behandling af smerter opstået efter operation.

Moderator(er). I forbindelse med program-/virkningsteori er det en betegnelse for forhold der regulerer et årsags-virkningsforholds styrke eller retning.

Neurokirurgi. Kirurgi i nervevæv, inklusiv rygmarv og hjerne.

Neurolytiske blokader. Indsprøjtning af væske, f.eks. alkohol, der lokalt ødelægger nervevæv. Tanken er at stoppe smertefulde signaler til hjernen ved at fjerne ledningsbanerne.

Neuroner/modtage neuroner. Celler i nervesystemet der behandler og transmittere informationer ved hjælp af elektrokemiske signaler. Modtageneuroner opfanger signaler fra mere perifert liggende neuroner.

Non-maligne smerter. Smerter der ikke er forårsaget af kræftsygdomme

Metabolisk/metabolisme. Kemiske reaktioner i levende organismer for at opretholde liv

Nordic Diploma in Advanced Pain Medicine. 2-årig uddannelse for læger ansat i et smertecenter. Kurset, der har deltagere fra de nordiske lande, består af fem kursusforløb med moduler af tre dages varighed, gennemførelse af et relevant projekt og tre måneders ophold ved relevant smertecenter.

Normativ teori. Et delelement i Programteori. Beskriver aktørers værdier, normer, idealer og mål.

Pearson Chi²-test. En statistisk test, der udregner afvigelsen mellem det observerede antal med det forventede antal, hvis hypotesen er nul (dvs. at forventningen er, at der ikke er forskel mellem to behandlinger). F.eks. så forventes det i en randomiseret undersøgelse, at antallet af kvinder i interventionsgruppen og kontrolgruppen er ens. Hvis der er en forskel, kan det med en Pearson Chi i anden-test afgøres, i hvor høj grad, det er sandsynligt, at forskellen er udtryk for en tilfældighed. Sandsynligheden for en tilfældighed angives som p-værdi.

Perifere nerver. Nerver der ligger udenfor rygmarv og hjerne, men som fungerer i tæt sammenhæng med disse.

Plasticitet/plastiske forandringer. Her nerveceller, der forandrer sig anatomisk og funktionelt pga. langvarige og kraftige smerter

Primært studie – Et studie baseret på egne data specifikt indsamlet til at beskrive den pågældende problemstilling i studiet.

Programteori. En metode indenfor evaluering. Er defineret som: 'et sæt af (mere eller mindre sammenhængende og udviklede) forestillinger om, hvordan en bestemt intervention (programmet) virker ind på en bestemt situation og ændrer eller bevarer denne'. Benævnes også virkningsteori.

Projektgruppen. Personer som har designet og gennemført projektet, herunder varetager datagenerering og analyser samt skrevet rapporten.

Prædiktorer. Egenskaber der forudsiger (kommende) hændelse

Prævalens. Den brøkdelen af en befolkning der på et givet tidspunkt har en lidelse.

Psykoedukation. Undervisning om psyken og psykiske forandringer

P-værdi. Er et mål for sandsynligheden for at en forskel mellem det observerede antal og det forventede antal er en tilfældighed. Jo mindre p-værdi jo større er sandsynligheden for, at der er en reel forskel. Traditionelt anvendes en p-værdi på 0,05 som afgrænsningen for, om en forskel er statistisk signifikant.

Randomisere/randomiseret undersøgelse. Gruppetildeling af deltagere i en undersøgelse på baggrund af tilfældighed (lodtrækning). Formålet er at sammenligne en interventionsgruppe (gruppe der modtager en behandling eller indsats) med en kontrolgruppe (gruppe der ikke modtager en behandling eller indsats). Formålet med lodtrækningen er at gøre de to grupper er sammenlignelige idet forskellen mellem dem afgrænses til intervention eller ikke intervention.

Receptorer. Nerveende eller organ, hvor stimuli optages.

Ressourceprofil. Sagsbehandlerens arbejdsredskab, der omfatter fem områder: Borgerens eget arbejdsmarkedsperspektiv, faglige og praktiske kompetencer, personlige kompetencer, materielle forhold og helbredsmæssige forhold i relation til arbejdsmarkedet. De fem områder indeholder tilsammen i alt 12 obligatoriske elementer. Der er ikke fra lovgivningen et formkrav til ressourceprofilen, men de fleste kommuner har skabeloner og retningslinjer for udarbejdelse af ressourceprofilen.

Registerdata. Oplysninger om personer i offentlige fortegnelser.

Rehabilitering. Den samlede indsats til at optimere en persons funktionsevne og forebygge eller reducere handicap.

Revalidering. Den behandling og de foranstaltninger der iværksættes overfor erhvervshæmmende sygdomsfølger for at personen så vidt muligt kan opnå sin tidligere fysiske, psykiske og sociale status.

Semistruktureret. Delvist struktureret, her et interview med udgangspunkt i en interviewguide, med på forhånd formulerede emner, der ønskes talt om, samt åbenhed for at inddrage andre emner. I modsætning til et struktureret interview styret af på forhånd formulerede spørgsmål, der stilles i en bestemt rækkefølge.

Sensibilisering/central sensibilisering. Forandringer i nervesystemet der gør at smerte mærkes kraftigere og anderledes og at normalt ikke smertefulde stimuli kan opfattes som smerter. Når forandringerne sker i hjernen og/eller rygmarven tales om central sensibilisering.

Sensorisk (oplevelse)/ sensoriske områder (i hjernen). Fysisk følsomhed i sensoriske områder i hjernen der registrer impulser fra kroppen.

Signifikans/signifikant. Statistisk udtryk for at det er usandsynligt at en påvist forskel mellem to grupper skyldes en tilfældighed. Udtryk for at der reelt er en forskel.

Situationsteori. Et delelement i Programteori. Beskriver aktørernes opfattelse af hvad den uønskede situation består i samt hvordan den kausalt skabes og hvilke effekter den kausalt får.

Smertepalliation/smertepalliering. Lindring af smerte.

Smertetackling. At håndtere smerte.

Smerteudredning. Her i betydningen; smertens betydning for funktionsniveauet (i det sociale system) og smerteanamnese inkl. objektiv undersøgelse samt prognose (i sundhedssystemet).

Somatisk/somatiske forandringer. Legemlige forandringer, i modsætning til psykiske forandringer.

Speciallægeerklæring. Samlet beskrivelse af persons tilstand, udfærdiget af en speciallæge. Beskrivelsen omfatter; tidligere sygdom, indlæggelser, smertetilstand, øvrige sygdom, medicinindtagelse, sociale forhold, objektiv undersøgelse, konklusion.

Stabil forsørgelse/varig forsørgelse. Det er her defineret som ansættelse på almindelige vilkår, ansættelse i fleksjob, efterløn, førtidspension, Statens Uddannelsesstøtte eller revalideringsydelse.

Statistisk signifikans – Den i forvejen fastsatte grænse for, hvor man vil tilskrive en forskel som værende en tilfældig variation eller en reel forskel. Selve p-værdien udtrykker risikoen for at tro, at en forskel er reel selvom den er tilfældig. Jo mindre p-værdi jo bedre, idet sandsynligheden for at en forskel er opstået som en tilfældighed falder med p-værdien.

Stigmatisering/stigmatisering. I tanker, omtale eller handling at opfatte/udnævne en person, eller en gruppe af personer anderledes og afvigende fra den gældende norm.

Styrkeberegning. Udregning af den nødvendige stikprøvestørrelse for med statistisk sikkerhed, at kunne sammenligne to mængder, her varigheden af en sygedagpengeperiode.

Sygeliggørelse. Uhensigtsmæssig fokusering på det syge, sygelighed og sygdom. En fokusering der kan betyde manglende fokus på ressourcer eller at sygdom, i et ikke hensigtsmæssigt omfang, styrer tanker og handlinger.

Tilknyttede fagpersoner. Har deltaget i koordinering og praktisk gennemførelse af projektet. Har endvidere støttet projektet med faglig viden, deltagelse i stormøder og kommenteret udkast til selv rapporten.

Transskribering. Skriftlig gengivelse af tale f.eks. af interviews.

Tværasektorielt samarbejde. Samarbejde på tværs af sektorer (områder indenfor offentlig administration) f.eks. socialsektor og sundhedssektor.

Tværfaglig/tværfaglig smertebehandling. Samarbejde på tværs af fag, forudsætter såvel anvendelse af en fælles målsætning som kendskab til og forståelse for hinandens arbejdsmetoder og teorigrundlag.

Validere. At afgøre om noget (f.eks. en sag, et forhold) er pålideligt, således at der ikke kan rejses indvendinger.

Variable. En betegnelse for mulige observationer. Kan angives med tal (1, 1,1 osv.) eller med ord (f.eks. køn). Der skelnes bl.a. mellem kontinuert fordelte variable som f.eks. alder (hvor variabelen er angivet som antal år) og kategoriske variable som f.eks. køn (hvor variabelen er angivet som hhv. mand eller kvinde).

Varig forsørgelse/stabil forsørgelse. Her defineret som; ansættelse på almindelige vilkår, ansættelse i fleksjob, efterløn, førtidspension, Statens Uddannelsesstøtte eller revalideringsydelse.

Virkningsteori. Et delelement i Programteori. Beskriver aktørernes forestilling om en ”løsning” på problemet og opnåelsen af den gode tilstand. Betegnelsen kan også anvendes synonymt med programteori.

Well-being. Engelsk for velbefindende/livskvalitet.

1 Indledning

Denne undersøgelse omhandler situationen for mennesker, der er sygemeldt med kroniske smerter, og udviklingen af et tværfagligt samarbejde mellem smertecentre og den sociale sektor til mulig gavn for disse mennesker. Smertecentre er her repræsenteret ved de tværfaglige smertecentre i Odense og Herlev og den sociale sektor er repræsenteret ved jobcentre i København, Odense og Nyborg. Undersøgelsen er udarbejdet med ønsket om at udvikle, afprøve og evaluere en samarbejdsmodel indeholdende et velbeskrevet, og på forhånd aftalt udredningsforløb, med det formål at ændre den til tider meget fastlåste situation og onde cirkel, som mennesker, der er sygemeldte med kroniske smerter, ofte havner i.

1. 1 Baggrund for undersøgelsen

Problemerne opstår, når de kommunale myndigheder ikke kan afslutte sagen til varig forsørgelse, fordi patienternes behandlingsmuligheder måske endnu ikke er udtømte, og tilstanden dermed ikke med sikkerhed kan siges at være varig, og smertecentrene samtidig ikke kan opnå tilstrækkelig effekt af deres behandlingstiltag, fordi den sygemeldte stadig er forsørgelsesmæssigt uafklaret. Som følge heraf, opstod ønsket om at komme i gang med et samarbejde så tidligt som muligt med henblik på at stoppe den sygemeldtes økonomiske nedtur, udstødning fra arbejdsmarkedet og stigmatisering.

Usikkerhed om forsørgelsesgrundlag og erhvervssituation kan være meget belastende og hindrende for at arbejde med forandringer i livet (1). Personer, der modtager sygedagpenge, er ofte svært tilgængelige for tværfaglig smertebehandling. De kommer typisk i klemme mellem de forskellige lovgivninger og myndigheder. Fra kommunernes side betragtes smertecentrene som et behandlingstilbud, der skal være afprøvet, inden der kan træffes beslutning om fremtidig arbejdsevne og eventuelt behov for varige forsørgelsesydelse. Og smertecentrene oplever, at de sygemeldte ikke har overskud til at arbejde med i behandlingen, så længe forsørgelsesgrundlaget er uafklaret. Smertecentrene møder sygemeldte, som har levet med et usikkert forsørgelsesgrundlag gennem lang tid, og den praktiske erfaring er, at jo længere tid de sygemeldte har modtaget sygedagpenge, jo vanskeligere er det at få løst op for den ”psykosociale knude”.

Første skridt i den sociale stabilisering i Smertecenter Syd, Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus (herefter benævnt OUH) er, i samarbejde med kommunerne, at søge at sikre et stabilt forsørgelsesgrundlag for de sygemeldte. Først derefter kan det egentlige arbejde med smertetackling og livsomstillingsprocesser begynde, for først da får den sygemeldte overskud til behandling.

Smertecenter Syd, OUH startede i 2005 et pilotprojekt for disse sygemeldte, som ofte opfatter sig som værende i frit fald mellem socialsektoren og sundhedssektoren. Pilotprojektet kom til at omfatte elleve af smertecentrets patienter. Alle havde haft smerter igennem mange år, og alle var på enten sygedagpenge eller kontanthjælp.

Vores erfaringer fra pilotprojektet var, at situationen som oftest kunne løses, når Smertecentret stillede sin faglige viden til rådighed for sagsbehandlerne og parallelt med dette, sammen med den sygemeldte, satte fokus på muligheder og begrænsninger i egne og omgivelsernes ressourcer.

Efter afslutning af pilotstudiet blev det i Smertecenter Syd, OUH, besluttet at forsøge at etablere et samarbejde med Odense kommune med udgangspunkt i de indhøstede erfaringer. De første møder var afholdt og aftaler var undervejs, da vi via Sundhedsstyrelsens MTV- pulje fik mulighed for at afprøve samarbejdet i større sammenhænge, som præsenteret i denne rapport.

1.2 Formål og afgrænsning

Ønsket med denne undersøgelse er at afprøve en model for samarbejde mellem det sociale system og sundhedssystemet i den danske velfærdsstat med sigte på at løse udvalgte individers problem. Formålet er at udvikle, afprøve og evaluere en samarbejdsmodel indeholdende et udredningsforløb for sygemeldte med komplekse kroniske smerter som kan sikre, at relevant viden stilles til rådighed for de besluttende myndigheder. Forløbet skal endvidere sikre at der opnås hurtigere afklaring af den enkelte væk fra sygedagpenge til varig forsørgelse.

1.3 Projektgruppe og tilknyttede fagpersoner

Undersøgelsen er initieret af Smertecenter Syd, OUH på baggrund af erfaringer med et pilotprojekt, og økonomisk støttet af Sundhedsstyrelsens MTV pulje, OUH, Nyborg Kommune og Pfizer.

Undersøgelsen er gennemført med bidrag fra en bred gruppe af fagpersoner, der har deltaget med forskellige funktioner. Ved starten af undersøgelsen samledes ledere, lægekonsulenter og sagsbehandlere i Jobcentre, praktiserende læger, ansatte i Tværfaglige Smertecentre samt konsulenter fra Syddansk Universitet. Formålet med at mødes, var at udvikle en konkret samarbejdsmodel og at sikre såvel den praktiske gennemførelse af en afprøvning af denne, som en vurdering.

Det er ikke alle der har haft mulighed for, eller ønske om at deltage i selve udførelsen af undersøgelsen. Det betyder, at gennemførelse og rapportskrivning hovedsagelig er varetaget af en mindre projektgruppe, desværre uden deltagelse af repræsentanter for Jobcentre, et forhold der ikke har været intenderet.

Projektgruppen har designet og gennemført undersøgelsen, herunder varetaget datagenerering og analyser samt skrevet rapporten. De tilknyttede fagpersoner har deltaget i koordinering og den praktiske gennemførelse af undersøgelsen.

Derudover har de støttet projektet med deres faglige viden og kommenteret udkast til rapporten. Der er afholdt tre møder hvor projektgruppe og de tilknyttede fagpersoner er indbudt.

Ud over de tilknyttede fagpersoner ønsker projektgruppen at takke sygemeldte, sagsbehandlere og lægekonsulenter i de tre jobcentre og personalet i de tværfaglige smertecentre for, at stille deres tid og viden tilgængelig i forbindelse med interviews. Vi takker Lisa Korsbek for gennemførelse af det strukturerede litteraturstudie, Lars Jensen for sparring omkring programteori, Line Steinmejer Nikolajsen for transskription af interviews og Charlotte Bruun Pedersen for korrekturlæsning og for den engelske oversættelse af rapportens sammenfatning.

Projektgruppen:

Tværfagligt smertecenter, Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus(OUH):

Gitte Handberg, overlæge
Jytte Andersen, socialrådgiver

Tværfagligt smertecenter Region Hovedstaden, Herlev Hospital (TSC):

Ryan Hansen, overlæge
Gitte Juhl, overlæge, ph.d.

Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST), Syddansk Universitet:

Anne Lee, seniorrådgiver, cand.scient.san., sygeplejerske (projektleder)
Jan Sørensen, Professor mso
Line Sinding Skött, konsulent, cand.scient.pol. (udgået af projektet foråret 2008 pga. anden ansættelse)

Tilknyttede fagpersoner:

Jobcenter Nyborg:

Lenna Vogn Pedersen, teamleder

Jobcenter Odense:

Elsebeth Pedersen, afsnitsleder
Bjarne Tyssen Jørgensen, socialoverlæge

Jobcenter København, Sygedagpenge:

Bodil Vendel, centerchef
Christina Thomsen, socialrådgiver
Anders Ottar Jensen, lægekonsulent
Heidi Stav, socialrådgiver (udgået af projektet sommeren 2007 pga. anden ansættelse)
Line Lyphardt-Arnstrup, socialrådgiver (udgået af projektet foråret 2007 pga. anden ansættelse)

Samt:

Flemming Østerby, praktiserende læge og praksiskonsulent ved
anæstesiologisk-intensiv Afdeling V, OUH

2 Design, metoder og data

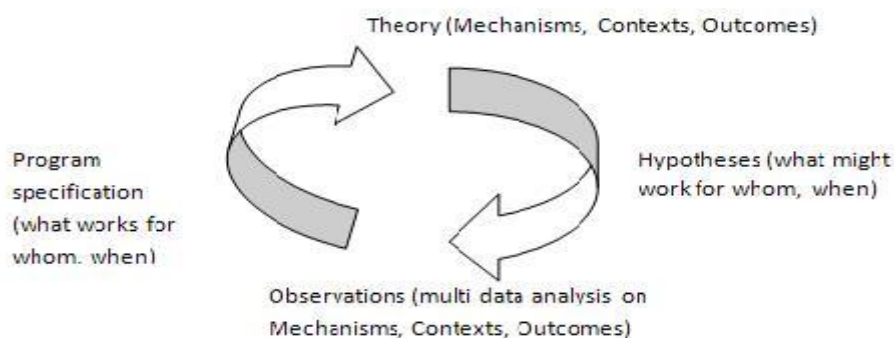
Formålet med undersøgelsen er, som tidligere beskrevet, at udvikle, afprøve og evaluere en samarbejdsmodel, for sygemeldte med komplekse kroniske smerter, mellem sociale myndigheder og sundhedsvæsenet.

I undersøgelsen indgår fire delelementer:

- Udvikling af en konkret samarbejdsmodel
- Udvikling af teori og hypoteser for samarbejdsmodellen
- Implementering/afprøvning af den udviklede samarbejdsmodel
- Evaluering/realitetstest af den udviklede samarbejdsmodel

De fire dele svarer til en fuld cyklus i forskningshjulet, se figur 1, illustreret af Wallace (2) og videreudviklet af Pawson og Tilley (3).

Figur 1: The realist evaluation cycle by Pawson og Tilley (3).



2.1 Overordnet analyseramme

Den overordnede analyseramme for udvikling og evaluering af den tværsektorielle samarbejdsmodel er *programteori* mens selve afprøvningen foregår som en *randomiseret undersøgelse*.

For at undersøge om en bestemt indsats virker, er det nødvendigt først at danne sig en forestilling, eller teori, om indsatsen; hvad indsatsen består i og hvordan den virker, samt hypoteser om hvornår og for hvem indsatsen virker (3).

Den sideløbende afprøvning i en konkret kontekst i tre kommunale jobcentre og to regionale smertecentre giver mulighed for at efterprøve den opstillede programteori. Hvor den indbyggede randomiserede undersøgelse giver mulighed for en variansbaseret evaluering (i hvor høj grad fører a til b) giver programteorien mulighed for en evaluering af årsags-virkningsforhold; hvad virker for hvem, hvordan, hvornår og under hvilke betingelser (4).

2.1.1 Programteori

Ifølge Pawson og Tilley er den offentlige sektors indsats ofte informationer og ydelser, hvilket betyder at der sjældent er tale om generelle lovmæssige sammenhænge mellem indsats og resultater, og hvor de samlede effekter kan være marginale i forhold til de mange andre kræfter, der er på spil i store og komplekse organisationer (3).

Med afsæt i dette struktureres evalueringen som en teoristyret formativ *evaluering* med fokus på både *processer* og *effekter*.

Evaluering er ifølge den svenske forsker Evert Vedung (5) '*en systematisk, retrospektiv vurdering af indsats, præstationer og udfald ved offentlig virksomhed, som tilsigter at spille en rolle for praktiske handlingssituationer*'.

Programteori bygger i lighed med 'virkningsevaluering' (4) og 'realistic evaluation' (3) på teoribaseret evalueringstradition. Programteori er ifølge Hansen og Vedung (6) '*et sæt af (mere eller mindre sammenhængende og udviklede) forestillinger om, hvordan en bestemt intervention (programmet) virker ind på en bestemt situation og ændrer eller bevarer denne*'.

Det søges, som beskrevet af Dahler-Larsen, at formulere en *programteori* så enkelt, at den udtrykker hovedidéen i hvad man vil opnå med en bestemt indsats, og samtidig så kompleks, at den viser respekt for den virkelighed som indsatsen skal fungere i (4).

Anvendelsen af en programteoretisk tilgang betyder, at der kan gennemføres en samlet analyse, som giver mulighed for dels at dokumentere indsatsens *effekter* og dels at sige noget om *processen*. Efterfølgende kan den indbyggede *realitetstest* forklare hvad der lykkedes eller ikke lykkedes og hvorfor (4).

Effektspørgsmålet handler om hvorvidt opnåede resultater er forårsaget af den gennemførte indsats, altså at der er et *kausalt forhold* mellem indsats (a) og effekt (b). Da kausalsammenhænge ikke kan observeres direkte, må man indirekte slutte sig til at de findes (4).

Ved *procesbaseret evaluering* er fokus på de *generative mekanismer* dvs. hvad det er for kvaliteter ved a der kan medføre (hvilke) ændring(r) hos b (3,4). Det særlige fokus på processen giver mulighed for at undersøge, hvorfor samarbejdsmodellen giver de effekter, som den gør. Dvs. man ser ikke kun på, om de forventede effekter er opnået eller ej. Man ser også på, hvorfor det er eller ikke er tilfældet. Eller om der er opnået helt andre effekter end de tiltænkte (4,6).

Hvis de forventede effekter ikke er opnået, kan det ved en *realitetstest* undersøges om det skyldes en *implemteringsfejl* eller *fejl i teorien* bag samarbejdsmodellen. Med andre ord; er der tale om at indsatsen ikke er

indført og anvendt som forventet eller hviler den på en fejlagtig idé. På den måde kan evalueringen medvirke til at udpege hvilke dele af en indsats der virker bedst i hvilke situationer, hvilke barrierer der er for en indsats og hvorvidt det kan lade sig gøre at reparere indsatsen (4).

Med henvisning til ovenstående citat af Vedung (5) så omfatter *Offentlig virksomhed* i denne evaluering sundhedsvæsnet og socialvæsnet (hhv. tværfaglige smertecentre og jobcentre), hvor *indsats, præstationer og udfald* udgøres af udvikling og afprøvning af en konkret tværsektoriel samarbejdsmodel, og hvor *praktiske handlings situationer* er udredning og afklaring i forhold til sygemeldte med komplekse kroniske smerter.

2.1.2 Randomiseret undersøgelse

Undersøgelser baseret på en tilfældig fordeling af personer i sammenlignelige grupper er en velbeskrevet og anerkendt måde at imødegå fejlslutninger i forhold til virkningen af en indsats. Ved lodtrækning fordeles deltagerne i en undersøgelse i to grupper. En gruppe der modtager en velbeskrevet og afgrænset indsats, og en gruppe der ikke modtager denne indsats, og dermed fungerer som kontrol i forhold til de observerede effekter af indsatsen (8).

Randomiserede undersøgelser kan kategoriseres som hhv. forklarende eller pragmatiske, selvom de fleste undersøgelser i praksis befinder sig et sted mellem de to poler. Hvor forklarende randomiserede undersøgelser anvender strikte kriterier og søger at kontrollere forløbet af undersøgelsen, anvender pragmatiske randomiserede undersøgelser en tilgang, der i større udstrækning nærmer sig den virkelighed, der er i den almindelige og mere udbredte daglige praksis (9).

Anvendelsen af en randomiseret undersøgelse i denne undersøgelse kan betegnes som pragmatisk, idet såvel identifikation og inklusion af deltagere, som generering af data blev varetaget af sagsbehandlere i deres daglige praksis. Det var i princippet de samme sagsbehandlere der varetog sagsbehandlingen af sygemeldte i såvel inklusions- som kontrolgruppen. En blinding var ikke mulig, hverken i forhold til den sygemeldte eller de professionelle, og der blev ikke udført en løbende kontrol af dataindsamlingen.

2.2 Data

Data omfatter såvel den tilgængelige litteratur på området (sekundære data) som data genereret i forbindelse med udvikling, afprøvning og evaluering af samarbejdsmodellen (primære data). I det følgende beskrives det udførte litteraturstudie medens de primære data præsenteres i form af en oversigt efterfulgt af en beskrivelse af de etiske forhold. De anvendte metoder og data er nærmere beskrevet i kapitlerne: 6 (den randomiserede undersøgelse), 7 (erfaringer med afprøvning af samarbejdsmodellen) og 8 (den programteoretiske evaluering).

2.2.1 Litteraturstudie

I starten af projektet er der gennem et systematisk litteraturstudie søgt viden om social intervention i forhold til kroniske non-maligne smertepatienter. Målgruppen er kronisk non-maligne smertepatienter, der modtager sygedagpenge eller kontanthjælp (social benefits).

Søgningen er udført af Lisa Korsbek, AC-fuldmægtig, mag.art., ph.d. Forsknings- og MTV-afdelingen ved OUH i perioden januar-februar 2007. Der er søgt i følgende databaser: Medline, Cinahl, Cochrane (herunder HTA-databasen), Embase, PsycInfo, Social Science Citation Index, Sociological Abstracts og SveMed+, Campbell, SORO og Devas, samt i Bibliotek.dk og i Den danske Forskningsdatabase.

Så vidt muligt er der søgt MeSH på kroniske non-maligne smertepatienter kombineret med social intervention. Søgningen er herefter koblet til socioøkonomisk støtte i form af sygedagpenge eller kontanthjælp (social benefits) og videre til de økonomiske omkostninger, de sociale, psykosociale eller psykologiske gevinster/rehabilitering, patientoplevelser og patienttilfredshed.

Der er anvendt følgende søgeord: Kroniske non-maligne smertepatienter (Chronic Pain (MeSH) evt. koblet med non-malign) AND Social intervention* OR (social, psychosocial, economic) rehabilitation* OR recover* OR functional restoration* OR social management OR economic management AND Benefit* (social OR economic) OR support* (social OR economic) OR social* OR economic* AND Cost* OR economic evaluation* OR cost benefit OR cost analysis OR patient satisfaction* OR patient experience* OR psycho* OR social*

I de store databaser er søgeperioden afgrænset til 1990-2007. I de mindre databaser er der ingen tidsafgrænsning.

Inklusion: Kroniske non-maligne smertepatienter i alderen 18-65, som modtager hjælp fra det offentlige.

Eksklusion: Cancerpatienter, cancersmerter, akutte smerter. Patienter under 18 og over 65 år.

Sprogkriterier: Engelsk og skandinaviske sprog. Baggrunden for at der udover engelske er valgt skandinaviske sprog er, at deres socialsystem i nogen grad ligner det danske.

Udvælgelse, læsning og anvendelse af litteratur:

Ved gennemgang af søgeresultaterne i de enkelte databaser, er der udvalgt al litteratur, der handler om de sociale, psykologiske, patientmæssige, organisatoriske eller økonomiske betydninger af sociale/psykosociale interventioner i forhold til kroniske non-maligne smertepatienter, der modtager økonomisk støtte.

Forfattere af nærværende rapport gennemgik efterfølgende resultatet af litteratursøgningen og udvalgte, på baggrund af overskrifter og abstrakts, relevant litteratur til læsning. Søgningen resulterede i 150 titler, hvoraf ingen direkte belyser tværsektorielle samarbejdsmodeller om smerteudredning af kroniske smertepatienter. Af disse er 38 artikler (short list) udvalgt og læst, som de trods alt

mest relevante som baggrundslæsning for undersøgelsen. En samlet liste over litteraturen kan rekvireres fra forfatterne.

Der er efterfølgende identificeret en dansk rapport om en tværsektoriel undersøgelse omkring sygemeldte med rygsmerter (10). Derudover er der identificeret en dansk rapport om en koordineret indsats i forhold til sygemeldte med længerevarende smerter i bevægeapparatet (11) og en dansk rapport om 10 kommuners erfaringer med metoder til at mindske sygefraværet (12).

Da der ikke udover den omtalte rapport (10) er identificeret litteratur, der belyser samarbejdsmodeller om udredning af kroniske smertepatienter, er der hverken udført en stringent læsning eller vurdering af litteraturen. Den inkluderede litteratur indgår derimod i baggrundsbeskrivelser og diskussioner i de enkelte delelementer af rapporten.

2.2.2 Primær datagenerering

I nedenstående tabel (Tabel 1) præsenteres et samlet overblik over data genereret i forbindelse med undersøgelsen. Instrumenter til datagenerering er udarbejdet af projektgruppen. I spørgeskemaet er der udover spørgsmål udviklet til den konkrete undersøgelse anvendt en række anerkendte og validerede instrumenter. Data fra spørgeskemaer og logbøger er analyseret af Gitte Handberg. Line Sinding Skött og Anne Lee udførte sammen interviews ved projektstart medens Anne Lee udførte interviews ved projektophør. Alle interviews er analyseret af Anne Lee.

Tabel 1: Oversigt over projektets datagenerering

Aktør	Form for data	Antal (n)	Analyse og anvendelse af data
Sygemeldte med komplekse kroniske smerter	<i>Inkluderingskema.</i> Udfyldt af kommunal sagsbehandler.	N=68 (51 deltagere og 17 ikke-deltagere).	Frekvenser. Indgår i afsnit 6.3.1
	<i>Spørgeskema 1</i> (ved projektstart) og <i>Spørgeskema 2</i> (efter 1 år) Udfyldt af den sygemeldte.	Intervention: Skema 1 n=23 (3 af de oprindeligt 26 ekskluderes), Skema 2 n= 16. Kontrol: Skema 1 n= 25 og Skema 2 n= 22.	Frekvenser. Indgår i afsnit 6.2.1 og 6.2.2
	<i>Interviews</i> efter et år.	7 deltagere i interventionsgruppen.	Kvalitativ analyse. Indgår i afsnit 3.9 og 7.2.3.
Sagsbehandlere i de tre Jobcentre	<i>Logbøger</i> over sagsbehandlingsforløbet. Udfyldt af kommunal sagsbehandler.	44 logbøger (21 intervention, 23 kontrol).	Frekvenser. Indgår i afsnit 6.2.2
	<i>Interviews</i> ved projektstart.	7 sagsbehandlere.	Kvalitativ analyse. Indgår i afsnit 4.3-4.6 og 8.4.1
	<i>Interviews</i> ved projektophør.	2 sagsbehandlere	Kvalitativ analyse. Indgår i afsnit 7.2.1
Lægekonsulenter i de tre Jobcentre	<i>Interviews</i> ved projektstart.	3 lægekonsulenter.	Kvalitativ analyse. Indgår i afsnit 4.4 og 8.4.2
	<i>Spørgeskema</i> ved projektophør.	2 lægekonsulenter.	Indgår i afsnit 7.2.2.

Personale i de to tværfaglige smertecentre	<i>Logbøger</i> over udredningsforløbet. Udfyldt af behandlere i smertecenter.	N=45 (23 i interventionsgruppen og 22 i kontrolgruppen (her er 3 missing).	Frekvenser. Indgår i afsnit 6.2.2.
	<i>Interviews</i> ved projektstart.	7 ansatte (læger, sygeplejersker, socialrådgivere og psykologer).	Kvalitativ analyse. Indgår i afsnit 3.8 og 8.4.3
Projektgruppe og tilknyttede fagpersoner	3 <i>stormøder</i> .	Hhv. 17, 5 og 8 mødedeltagere.	Udarbejdelse af samarbejdsmodel, validering og evaluering. Indgår i afsnit 8.3 og 8.5

2.2.3 Etiske forhold

Undersøgelsen er anmeldt til Datatilsynet og forskrifter i forhold til beskyttelse af personhenførbare data er overholdt. De sygemeldt modtog mundtlig og skriftlig information, inden de evt. afgav skriftligt samtykke til at deltage i undersøgelsen (bilag 1 og 2).

3 Komplekse kroniske smerter; udredning og behandling

Kapitlet indledes med en definition og beskrivelse af komplekse kroniske smerter efterfulgt af forekomst og samfundsøkonomiske konsekvenser. Derefter følger en beskrivelse af den tværfaglige smertebehandling; en kort introduktion til behandlingens historiske udvikling, en beskrivelse de to tværfaglige smertecentre der indgår i projektet og den behandling der tilbydes her, samt det samarbejde der foregår mellem de tværfaglige smertecentre og de kommunale myndigheder. Der er tale om en beskrivelse af det generelle samarbejde forud for samarbejdsprojektet, set ud fra de professionelles perspektiv. Kapitlet afsluttes med de sygemeldtes perspektiv på kroniske smerter og sygemelding.

3.1 Kroniske smerter: diagnosekode DR52.2E

Smerter er defineret som: En ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse forbundet med aktuel eller truende vævsbeskadigelse, eller beskrevet i vendinger svarende til en sådan beskadigelse¹. Under normale fysiologiske omstændigheder er smerte en vigtig følelse, som er nødvendig for individets overlevelse. En vigtig funktion af smerte er initiering af afværgereflekser, hvorved risikoen for vævsskade nedsættes, men det efterfølgende neurogene ødem og de hormonelle eller metaboliske ændringer i vævet og i nervesystemet har her ud over også betydning for den efterfølgende helingsproces (14).

3.2 Sensibilisering og plasticitet

Ved kroniske smerter fortaber den forebyggende hensigtsmæssighed sig helt, og smerterne bliver en del af den indtrædende lidelse (14). Smertesystemet undergår ofte plastiske forandringer når det udsættes for gentagende eller langvarig stimulation (15). Således kan en vedvarende smertestimulering føre til ændringer i de perifere nerver, i rygmarven, i hjernestammen og i hjernen. Vævsskade aktiverer bl.a. nervevækstfaktorer perifert, og dette kan føre til sensibilisering og opregulering af receptorerne og ionkanalerne. Desuden kan tynde (stumme) fibre, der normalt er inaktive, blive aktiveret og bidrage til bombardementet af modtageneuronerne i rygmarven hvorved der opstår en forstærkning af det smertesignal som centralnervesystemet modtager. Dette viser sig klinisk som øget smertefølsomhed eller hyperalgesi. Yderligere kan der ske ændring af neuronernes fænotype. Tykke nervefibre, som normalt formidler f.eks.

¹ The often quoted IASP definition of pain as "an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage" is derived from a 1964 definition by Harold Merskey, and it was first published in 1979 by IASP in *Pain* journal, number 6, page 250 (13).

berøring, kan begynde at danne receptorer og signalstoffer, som normalt hører til de tynde smerteformidlende fibre. Herved kan berøring af områder nær den oprindelige vævsskade opfattes som smerte (14). Vha. PET- og funktionel-MR scanninger er man begyndt at kortlægge en række af de områder, der inddrages ved smerte, og har i den forbindelse set, at der ud over aktiviteten i de sensoriske områder også optræder aktivering i områder der spiller en rolle for opmærksomhed, angst og frygt (16).

3.3 Kroniske smerter: en Bio – Psyko – Social kompleksitet

Udover den mekanismebaserede smerteopfattelse skal kroniske smerter også opfattes som en kompleks bio-psyko-social tilstand, hvor man er nødt til at vurdere alle tre akser for at få en helhedsvurdering. Oplevelsen af smerte og især kronisk smerte er ikke en direkte og ligefrem proportional reaktion på et biologisk signal. Smerteoplevelsen påvirkes i betydelig grad af interne, individuelle faktorer af psykologisk karakter. Og af socioøkonomisk eksterne faktorer, blandt hvilke reaktioner og adfærd i sundhedssystemet, hos familie, venner og kolleger og i samfundet som helhed er af væsentlig betydning (17). Problemet hos mange er den manglende synlighed af handicapet. Objektive somatiske forandringer mangler ofte, eller står tilsyneladende ikke i rimeligt forhold til patientens klager. Dette leder nemt til en mistolkning af tilstanden blandt både behandlere, sociale myndigheder og private kontakter. Kronisk smerte er på flere måder en usynlig lidelse (18).

3.4 Forekomst

Prævalensen af kroniske smerter i befolkningen er høj, skønsmæssigt 15 til 20 % (19). Patienter med komplekse kroniske smerter udgør kun en mindre del af disse patienter, men risikofaktorer og prædiktorer er på linje med fundene hos kroniske smertepatienter i normalpopulationen: Dobbelt så mange kvinder som mænd, 25 % har mindre end ti års skolegang, kun 14 % er i arbejde, og 50 % modtager førtidspension, ligesom den helbredsorienterede livskvalitet er ekstrem lav. Endvidere vurderes næsten 50 % af patienterne at lide af samtidige angst- og depressionstilstande (20).

3.5 Økonomiske konsekvenser

Mennesker med kroniske smerter benytter sundhedssystemet dobbelt så meget som dem uden smerter. Det medfører betydelige udgifter til gentagne undersøgelser, ineffektive behandlinger, medicin og alternativ terapi. Rygsmerter alene skønnes at koste samfundet 10 mia. kr. årligt, men kroniske smerter omfatter mange andre tilstande, herunder kronisk hovedpine, ”nerveskade” smerter og flere af de såkaldte »nye sygdomme« som fibromyalgi og følger efter piskesmæld, der er karakteriseret ved få objektive fund og usikker kausalitet. Ud over udgifterne til behandling er kroniske smerter medvirkende årsag til et stort men ukendt antal tabte arbejdsår med udbetaling af erstatning, kontanthjælp og pension fra det

offentlige eller fra forsikringer (18). Betydningen for det danske samfund er bl.a. belyst i studiet af Eriksen (19) hvor lidt over en fjerdedel af de personer < 67 år, der rapporterede om langvarig smerte, havde forladt deres job af helbredsmæssige årsager i modsætning til kun 2 % af den ikke-smerteplagede befolkning. Prævalensen var signifikant højere blandt kvinder end blandt mænd og højest i aldersklassen 45-66 år.

3.6 Tværfaglig smertebehandling

Den tværfaglige smertebehandlings historie er tidsmæssigt kort og skyldes først og fremmest udgivelsen af John J. Bonicas første lærebog i smertebehandling i 1953. Smertebehandling med morfin og acetylsalicylsyre til behandling af akutte smertetilstande har man kendt til i flere hundrede år og fra slutningen af det 19. århundrede indførtes også neurolytiske blokader og neurokirurgiske indgreb i smertepallierende øjemed.

Erfaring med behandling af patienter med kroniske komplekse smerter var dengang sparsom. Man opfattede smerte som et biprodukt af sygdom, og at der altid måtte være en somatisk patologisk proces tilstede, for at patienten i det hele taget kunne føle smerte.

Først efter, eller måske rettere i forbindelse med anden verdenskrig blev Bonica opmærksom på fordelene ved flerfaglig smertebehandling. Han involverede flere først og fremmest lægelige specialer, der så i fællesskab undersøgte patienterne med primært fokus på diagnostik og biomedicinsk behandling. Da Bonica blev professor i Anæstesiologi i Washington i 1960 etablerede han den første tværfaglige smerteklinik i USA, bestående af ham selv, en neurokirurg og en sygeplejerske. I midten af 60'erne blev psykologen og psykiateren Wilbert Foredyce tilknyttet smerteklinikken. Her etableredes et 8 ugers langt behandlingsprogram under indlæggelse for få udvalgte patienter.

John D. Loeser (neurokirurg) blev chef for den multidisciplinære smerteklinik i Washington i 1982, og omdannede det etablerede behandlingsprogram til et mere formelt 3 ugers program for indlagte patienter. Formålet med programmet var vha. bl.a. patientuddannelse, medicinjustering (sanering), behandling af depression, øgning af den fysiske kondition, styrke og bevægelighed at forbedre den psykologiske "well-being" og derigennem identificere rimelige mål for tilbagevenden til arbejdsmarkedet samt formindske forbruget af sundhedsvæsnet.

Den danske historie startede sideløbende flere steder. På Bispebjerg hospital etablerede overlæge i anæstesiologi Jørgen Eriksen, som den første i Danmark, en formaliseret tværfaglig smerteklinik i 1986 (21) som siden hen blev flyttet til Rigshospitalet, mens tværfaglig smertebehandling først startede officielt i Herlev med ansættelsen af overlæge Niels-Henrik Jensen i 1991. Siden er der etableret tværfaglige smertebehandlingsenheder i

Ålborg, i Århus med tilknyttet professorat, i Odense, i Vejle og aktuelt i Køge (2008).

I 2007 var der seks tværfaglige smertecentre i Danmark, der var organiseret i hospitalsvæsnet. Smertecentrene har haft en forskellig udvikling, hvilket betyder at de arbejder forskelligt og at personalesammensætningen også er noget forskellig. De fleste speciallæger i smertecentrene er anæstesilæger med videreuddannelse, herunder den nordiske smerteuddannelse (Nordic Diploma in Advanced Pain Medicine), men der er også rheumatologer og neurologer ansat. For resten af personalet i smertecentrene er der ikke krav om specialuddannelse, udover deres grunduddannelse, men alle deltager løbende i undervisning internt i smertecentret og eksternt f.eks. ved videnskabelige konferencer. Derudover foregår der en uformel løbende uddannelse, f.eks. gennem supervision og tværfaglige konferencer. Ud over de sygehusbaserede enheder er der de sidst par år etableret flere private smertebehandlingssteder.

Den moderne tværfaglige behandling af patienter med kroniske smertetilstande fokuserer på patientens samlede situation. Man prøver at identificerer alle relevante faktorer som indgår i det samlede symptomkompleks bestående af smerte, lidelse, smerteadfærd og sygelighed, med det formål at rehabilitere patienterne med udgangspunkt i patienternes egne ressourcer. Der tilstræbes en mekanismebaseret klassifikation af smertetilstanden, men samtidig intervereres i forhold til psykologiske, sociale og evt. essentielle følgetilstande og problemstillinger.

Den internationale klassifikation af smertebehandling omfatter (22):

1. Modalitetsorienterede klinikker, som oftest enmandsdrivne enheder i primærsektoren
2. Smerteklinikker: Læger, sygeplejerske, sekretær, evt. med begrænset tværfaglighed
3. Smertecenter: Selvstændig behandlings-, uddannelses- og forskningsenhed med læger, psykologer, socialrådgivere, sygeplejersker, fysioterapeuter, sekretærer mv. og som ofte er tilknyttet et universitetshospital

I The International association for the study of pain (IASP) er der ikke egentlige anbefalinger for hvorledes faggruppesammensætningen i integreret tværfaglige behandlingsenheder skal være. Men det fremgår dog (23,24), at der i flertallet af de undersøgte behandlingsenheder er tilknyttet socialrådgivere som medvirkende i behandlingerne. Ligeledes finder Gullacksen (1) i flere studier belæg for at en afklaring af den enkeltes forsørgelsesgrundlag er af afgørende betydning i håndteringen af personer med komplekse kroniske smerter i retning af nyorientering, job fastholdelse og forbedring af livskvalitet.

3.7 Udredning og behandling i smertecentrene

De tværfaglige smertecentre i hhv. Herlev og Odense udreder og behandler patienter med kroniske non-maligne smerter i et integreret tværfagligt forum. Personalegruppen er sammensat af medarbejdere, der med deres respektive uddannelser komplementerer hinanden, men i øvrigt arbejdes der med fuld respekt for de faglige kompetencer, som hver enkelt besidder. Smertecentrets ansatte består af speciallæger i anæstesiologi, psykologer, socialrådgivere (i Odense), sygeplejersker samt et sekretariat. Foruden patientbehandling har smertecentrene stor aktivitet i forbindelse med undervisning samt opgaver indenfor forskning og udvikling.

De to smertecentre arbejder tværfagligt ud fra en bio-psyko-social tilgang. Patienter skal i princippet på anden vis være færdigudredt og behandlet inden henvisning til behandling, ligesom de ikke sideløbende må gå til behandling andre steder for samme lidelse.

Patienten henvises fra praktiserende læge eller hospital til behandling. Patienterne må ikke have et misbrug (misbrugsbehandling foregår i psykiatrisk/kommunalt regi). Patienter med et lægepåført lægemiddelmisbrug (iatrogent misbrug) får evt. et tilbud om hjælp til stabilisering eller nedtrapning.

3.7.1 Behandlingsforløb

Første konsultation består af journaloptagelse og gennemgang af smertetilstanden. Der deltager sædvanligvis en læge og sygeplejerske og der er afsat en time. Lægen er behandlingsansvarlig med det endelige ansvar for behandlingen og koordinationen af denne.

Efter første konsultation beslutes det om patienten skal vurderes af andre personalegrupper, eller udelukkende skal behandles medicinsk.

Når patienten er vurderet hos de relevante faggrupper, holdes der en tværfaglig konference, hvor der lægges en plan for det videre forløb. Planen, der forelægges patienten er dynamisk og afviges, hvis der sker ændringer hos patienten undervejs. Forløbene er individuelle, men for de fleste patienter tilstræbes et forløb af 3-6 måneders varighed.

Patienten informeres fra starten om, at behandling er et samarbejde med udgangspunkt i patientens smerteproblem og ressourcer, og med det formål at hjælpe denne til at opnå en bedre smertelindring og rehabilitering.

Der holdes opfølgende konferencer hvor planen justeres ved behov. Enighed i behandlingsteamet om behandlingen er en forudsætning for et sammenhængende forløb og for at den tværfaglige behandling virker.

Smerteskole:

I Herlev kan behandlingstilbuddet indeholde en Smerteskole. Smerteskolen er et gruppetilbud med bl.a. psykoedukation, oplysning om træningsmåder, kommunikation og afspænding. Det er især relevant for patienter, der har brug for hjælp til accept eller mestring af deres kroniske smertehandicap. Smerteskolen varer en måned.

Tacklingshold:

I Odense kan patienten tilbydes et psykologisk tacklingshold, hvor der arbejdes med at mobiliseres patientens ressourcer, men også med at vedkommende bliver bedre til at forholde sig realistisk til egen situation.

Andre forløb:

Der er en gruppe på skønsmæssigt 20-30 % af patienterne der har brug for længerevarende individuel behandling. Årsager kan være; at deres smerteproblem er mere komplekst fx pga. komplicerende psykiske (f. eks. personlighedsforstyrrelser eller depression) eller sociale faktorer (uafklarede erstatnings- eller pensionsager), eller at træningsprogressionen foregår langsommere end hos de øvrige patienter.

Afslutning på forløbet:

I forbindelse med afslutningen af forløbet i smertecentret kommer patienten til afslutningsamtale, oftest med lægen. Der udfærdiges et udskrivningsbrev, som sendes til praktiserende læge og henvisende læge.

3.7.2 Samarbejde med de kommunale myndigheder

Kommunen kan henvise til lægerne i smertecentret med ønske om en speciallægeerklæring. Det sker mod betaling og fungerer ved siden af lægens funktion i smertecentret. I erklæringen tages der stilling til det kommunen beder om. Der optages en sygehistorie, inklusiv tidligere indlæggelser, andre sygdomme, medicinforbrug, tidligere behandling og undersøgelser, fysisk aktivitet og psykologiske forhold. Og der foretages en objektiv (fysisk) undersøgelse af patienten. Speciallægeerklæringen afsluttes med en konklusion og evt. anbefaling for videre behandling. Der er ikke en formaliseret måde at skrive speciallægeerklæringer på. Erklæringen sendes til kommunen evt. med kopi til sygemeldte og til praktiserende læge, hvorefter sagen er afsluttet. Herudover kan kommunen rekvirere statusattester eller oplysninger fra patientjournalen.

3.9 De syges perspektiv

Patienters oplevelser i forhold til sygdom, undersøgelse og behandling er anderledes end de professionelle (7) og en manglende overensstemmelse mellem patienters og professionelle opfattelse af smerteoplevelsen kan lede til misforståelse, skuffelse og unødigt lidelse (16 side 138).

I de følgende afsnit præsenteres dele af en analyse af interviews med sygemeldte med komplekse kroniske smerter. Studiets metode og informanter samt anvendelsen af citater beskrives i afsnit 7.1.

3.9.1 Hverdagen med en smertende krop

De interviewede taler om kropslig begrænsning, om en krop der modarbejder det liv de ønsker og tidligere har kendt. De taler om en hverdag præget af evigt tilstedeværende smerter, manglende overskud, koncentrationsbesvær og søvnproblemer.

'Det man gerne vil med hovedet, det kan man bare ikke med ens krop. Og så føles det [kroppen] bare som sådan et råddent hylster, man er havnet i, som man godt gad bytte i Gul & Gratis, hvis man kunne det' (Ellen).

'Lad os bytte krop i 48 timer og lad mig få lov at være mor igen. Så jeg kan spille bold med mine unger eller hoppe og danse og skabe mig som en idiot, i 48 timer' (Alice)

På den ene side må de anerkende og leve med kroppen som den er, men på den anden side har de et behov for i perioder at glemme de begrænsninger kroppen sætter. For at leve som før. Vel vidende at det er i korte perioder og at der efterfølgende vil være øget smerte og træthed.

'Nu bor vi i en lille by, når vi f.eks. er til julefrokost nede i hallen, der er en 5-600 mennesker fra byen. Jeg sidder der og jeg er ude og danse og sådan noget, og jeg hygger mig og har det godt og får noget indenbords, det holder smerterne nede. Så den aften kan jeg godt hygge mig. Men det koster mig altså 3 dage. Men det kan de jo ikke se. Så jeg fejler jo ikke noget vel. Fordi det er et helvede når jeg er ude at danse, det indrømmer jeg blankt. Men jeg elsker at danse. Og jeg siger, hvis man ikke engang imellem skal have noget ud af sit liv, altså hvad skal jeg så være her for' (Frida)

3.9.2 Søge efter lindring

Fælles for de interviewede er et behov for at gøre noget, at være aktive i forhold til at få det bedre. Men manglende overskud, smerter og usikkerhed betyder at det er både besværligt og krævende. Det giver sig udslag i såvel vrede og kamp som passivitet og given op. Det opleves som problematisk hvis der i det sociale system er en forventning til at deltage i flere ting sideløbende.

'Jeg skal gå herude [smertecentret] og jeg skal gå derinde [kommunal udredning] hver dag ... så bliver det et tilvalg eller fravalg og så får jeg ikke noget ud af det. Fordi, hvad skal jeg så vælge fra og vælge til. Jeg kan ikke overskue det nu' (Alice)

Det er svært når smerten ikke forsvinder eller når det ikke bliver bedre. Det er især svært at bevare tiltroen til og efterleve råd, vejledning og behandling,

hvis det ikke hjælper, eller ligefrem forværrer situationen. Samtidig kan det være svært at sige fra. Når de nærmeste peger på, at den sygemeldte ikke, som forventet synes af få det bedre, kan det være en spore til at sige fra i forhold til behandling.

'Det der med at gå til fysioterapi det er da meget godt, det tager måske en time. Så var jeg fuldstændig ødelagt og kunne gå hjem og lægge mig et par dage. Det er da meget fint, men hvad skal jeg bruge det til' (Dan)

'Det med at være en aktiv patient ... det er så som så med at følge alle de råd og vejledninger, som lægen har givet en undervejs, og det kan godt være store nok udfordringer til at man ikke stiller spørgsmålstejn ved om det er rigtigt. Men man gør det lidt når man bliver mødt af ens omverden, venner og familie, som siger: 'hvorfor er det du skal gøre det og hvorfor er det at det ikke virker' og så bliver man presset på den måde' (Ellen)

3.9.3 Formidling af langvarig smerte

De interviewede oplever et behov for at fortælle om smerterne, for at blive forstået, men også at det er svært. Der er ikke et synligt tegn på smerterne og andre kan ikke se, at det at komme uden for døren og deltage i arrangementer har en pris.

'Jamen du kommer ned på kommunen og du sidder der og snakker i måske en time, og så kører du hjem. Og det gør du engang imellem, men de ser jo ikke at man ligger lig en enkelt eller to dage bagefter, vel' (Frida)

'Man føler sig slidt bare ved helt almindelige ting, som det er svært at forstå og jeg kan godt forstå, at det er svært at forstå' (Ellen)

Der tales i alle interviews om tiltro og mistro: det er omgivelsernes manglende tro på smerterne, eller rettere manglende mulighed for at forstå smerterne. Der tales om 'blikket', forstået på den måde at de interviewede oplever at kunne se i andres blik hvorvidt vedkommende tror på smerterne eller ej.

'Der sad lægen, og jeg har aldrig på noget tidspunkt ellers; der var intet i øjnene. Han troede på mig. Og det var jeg så glad for. For ellers så synes jeg at jeg har oplevet meget af det der med 'Hmm, så du har ondt' (Bodil)

'Det blik: 'vi gider ikke, at høre om det'. Når man har oplevet det op til flere gange, jamen så orker man det ikke og siger: 'Jeg har det udmærket' (Frida)

Det, at det er svært for omgivelserne at forholde sig til smerterne betyder at de interviewede både undlader at tale om smerterne og at de i perioder isolerer sig. Smerten bliver således en privat oplevelse og dermed både svær at formidle og svær for andre at forstå.

'Det ved de derhjemme, nå nu går hun lige lidt langsomt eller nu er der lige noget ved hendes arm eller hoved. Nu går hun i enerum, så ved de hvad klokken er slået' (Gerda)

'Bare min egen søster, hun har jo overhovedet ikke accepteret at jeg fejler noget i al den her tid, og så har jeg jo ikke snakket om det eller noget som helst vel ... og så trækker du dig ganske enkelt fra alle mennesker, fordi du orker ikke det der mere' (Frida)

3.9.4 Ønske om værdighed

Der er blandt de interviewede en opmærksomhed på at bevare egen værdighed og at fremstå som troværdige; som sygemeldte eller pensionerede på grund af kroniske smerter. Den manglende anerkendelse resulterer i en øget opmærksomhed, følsomhed og påpasselighed i forhold til hvordan de møder og bliver mødt af såvel professionelle som venner og familie. En opmærksomhed der også kan betyde at de afstår fra at gøre ting der kan misforstås.

'Der er ikke nogen respekt overfor det [smerterne] det er ikke det samme som hvis jeg siger at jeg har kræft' (Camilla)

'Fordi nu kører jeg motorcykel ... og den har jeg ikke turdet tage, trods det at jeg har det bedre ved at køre på motorcykel fordi jeg sidder foroverbøjet end når jeg sidder i bil for der sidder jeg så det trykker... altså du kan ikke køre på motorcykel og så fejle noget, og det er igen der ... man begrænser sig' (Frida)

3.9.5 Beskrivelser i litteraturen

De ovenfor beskrevne oplevelser genfindes i en metaanalyse i en svensk rapport, hvoraf det bl.a. fremgår at personer med kroniske smerter giver udtryk for en øget opmærksomhed på kroppen, og at deres behov for selvkontrol og for at søge lindring, omfatter såvel forklaring som accept og behandling (16 s. 137-58). Ifølge en norsk undersøgelse fra 2001 oplever mennesker med kroniske rygsmerter en manglende accept af sygdommen blandt såvel sundhedsprofessionelle som familie og venner. De frygter, at der sættes spørgsmålstegn ved realiteten af smerterne, og at de bliver betragtet som simulanter, hypokondere og psykisk syge (26). Ingen af de to undersøgelser forholder sig til eventuelle forskelle mellem de to køn.

4 Sygedagpenge og sagsbehandling af sygemeldte med komplekse kroniske smerter

Personer der er sygemeldt grundet komplekse kroniske smerter og som opfylder visse kriterier har ifølge Sygedagpengeloven (27) krav på en midlertidig offentlig ydelse i form af sygedagpenge.

Kapitlet indledes med en opgørelse af omfanget af sygedagpengesager, en kort præsentation af sygedagpengeloven samt en diskussion af sygedagpengeguiden. Efter en kort introduktion til de tre Jobcentre, der indgår i projektet, beskrives sygedagpengeforløbet for sygemeldte med komplekse kroniske smerter. Der er tale om en beskrivelse af det generelle sygedagpengeforløb forud for samarbejdsprojektet. Kapitlet afsluttes med en oversigt over sygedagpengeforløbet og de oplevede problemområder og flaskehalse.

4.1 Omfang af sygedagpengesager

Medens gode konjunkturer i begyndelsen af dette årtusinde generelt reducerede antallet af offentligt forsørgede, var der især ét område, hvor tendensen gik den modsatte vej; Sygedagpengeområdet. På landsplan steg fraværet under sygedagpenge således 22 % fra 2002 til 2007. Det stigende sygefravær indebar, at der i 2008 for første gang var flere sygedagpenge-modtagere, end der var ledige.

Generelt for de tre kommuner, der deltog i undersøgelsen, skete der ifølge KMD's sygedagpengeregister (28) en stigning i sygedagpengesagerne samt en stigning i varigheden af sagerne. Se tabel 2.

Tabel 2 Antal sygemeldte der har modtaget sygedagpenge i den viste periode.

	2004			2007		
	Antal personer på sygedagpenge	Antal af fuldtids-personer på sygedagpenge (% af befolkningen mellem 16 og 66 år)	Fuldtids-personer på sygedagpenge i % af arbejdsstyrken	Antal personer på sygedagpenge	Antal af fuldtids-personer på sygedagpenge (% af befolkningen mellem 16 og 66 år)	Fuldtids-personer på sygedagpenge i % af arbejdsstyrken
København	37.172	6.641 (1,8)	2,4	39.694	8.634 (2,3)	3,0
Odense	15.916	2.695 (2,1)	2,9	16.002	2.864 (2,2)	3,0
Nyborg	3.103	479 (2,4)	3,2	3.372	611 (3)	4,0

Antal personer viser, hvor mange sygemeldte der har modtaget sygedagpenge i kortere eller længere tid inden for den viste periode. Antal fuldtidspersoner er antal sygemeldte omregnet til fuldtidspersoner ved hjælp af den gennemsnitlige varighed på sygedagpenge inden for den viste periode. Arbejdsstyrken er defineret som personer i alderen 16-66 år med tilknytning til arbejdsmarkedet. Befolkningen er opgjort som befolkningen i alderen 16-66 år. Kilde: www.jobindsats.dk

Stigningen i sygedagpengesager skete hovedsageligt blandt de længerevarende sager. Især i København, hvor antallet af sager på over 52

uger næsten fordobledes fra 1.112 sager i august 2004 til 2.193 sager i august 2008. Se endvidere tabel 3.

Tabel 3. Sygemeldings varighed

	August 2004				August 2008			
	Antal sager på 1-2 år	Antal sager på 2-3 år	Antal sager over 3 år	I alt antal sager >52 uger	Antal sager på 1-2 år	Antal sager på 2-3 år	Antal sager over 3 år	I alt antal sager >52 uger
København	890	222	-	1.112	1.456	528	209	2.193
Odense	327	76	-	403	336	50	14	400
Nyborg	36	3	-	39	47	8	-	55

Antal forløb på sygedagpenge er opgjort den sidste udbetalingsdag i perioden. Varigheden af perioden på sygedagpenge er opgjort som antallet af uger/år, som de sygemeldte ubrudt har modtaget sygedagpenge. Kilde: www.jobindsats.dk

Samtidig med at Jobcentrene oplevede en stigning i sygedagpengesager, havde de problemer i forhold til at tiltrække og fastholde sagsbehandlere (29). Det kan betyde, at sagsbehandlerressourcer udgør en flaskehals i jobcentrene, hvor en hyppig udskiftning blandt sagsbehandlerne er en reel udfordring i forhold til overholdelse af tidsfrister i sagsbehandlingen.

4.2 Sygedagpengeloven og sygedagpengeguiden

De sygemeldte som indgår i undersøgelsen, modtog alle sygedagpenge efter sygedagpengelovens regler indtil ændringerne i 2009. Sygedagpengeloven (27) indeholder bestemmelser om betingelserne for at få udbetalt sygedagpenge, om udbetalingens størrelse og om bortfald og varighedsbegrænsninger. Herudover indeholder loven en række bestemmelser om opfølgning. Her følger en kort beskrivelse af de forhold, som har væsentlig betydning for sygedagpengemodtagere i det forløb, hvor de modtager ydelse.

4.2.1 Formålet med Sygedagpengeloven (§1)

1. At yde økonomisk kompensation ved fravær på grund af sygdom
2. At medvirke til, at den sygemeldte genvinder sin arbejdsevne og vender tilbage til arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt
3. At understøtte samarbejdet mellem kommuner, virksomheder og andre relevante aktører for, at nedbringe og forebygge sygefravær

Der er således en 3-delt målsætning, som dels har til hensigt at kompensere den arbejdsfortjeneste den sygemeldte mister pga. sygdom, dels retter sig mod at få den syge tilbage på arbejdsmarkedet så hurtigt som muligt og endelig at støtte samarbejde med virksomheder og det sociale system for at nedbringe og forebygge sygefravær.

4.2.2 Persongruppen – arbejdsmarkedstilknøtning

For at blive omfattet af sygedagpengeloven skal en sygemeldt have en tilknytning til arbejdsmarkedet. Beskæftigelseskravet for at modtage sygedagpenge fra kommunen er, at den sygemeldte skal være tilknyttet arbejdsmarkedet uafbrudt i de seneste 13 uger før sygdommens indtræden, og i denne periode være beskæftiget mindst 120 timer. Ellers skal den sygemeldte på anden måde kunne bevise sin tilknytning til arbejdsmarkedet ved f.eks. at være berettiget til arbejdsløshedsdagpenge, dimittend fra en erhvervsuddannelse af mindst 18 måneder varighed eller elev i lønnet praktik. (Sygedagpengeloven § 32).

4.2.3 Varighed

Sygedagpenge er en kortvarig ydelse, som erstatning for erhvervsindkomst eller arbejdsløshedspenge. Hovedreglen er, at sygedagpenge ophører når der er udbetalt sygedagpenge eller løn under sygdom i mere end 52 uger inden for 18 måneder (Sygedagpengeloven § 24). Sygedagpengeperioden kan dog forlænges i særlige tilfælde (§ 27) ligesom lovens § 28 fastslår, at sygedagpengene ikke kan stoppes, inden der er taget konkret stilling til, om den sygemeldte er berettiget til revalidering, fleksjob eller førtidspension. I den sammenhæng skal kommunen anvende arbejdsevneметoden.

Sygedagpengelovens § 21 om bortfald er ligeledes vigtig, da denne bestemmelse kan have indflydelse på den sygemeldtes mulighed for at forholde sig kritisk til de planer, der lægges for behandling og optræning.

4.2.4 Opfølgning

Ud over regler om hvad der skal til for at modtage sygedagpenge, er der også lovkrav om metoder og løbende opfølgning i Sygedagpengelovens § 8-20.

§ 8. Kommunen skal i løbende sygedagpengesager, hvor kommunen ikke har modtaget en raskmelding, tilrettelægge og gennemføre et individuelt og fleksibelt opfølgningsforløb under hensyn til sygdommens karakter og sygemeldtes behov og forudsætninger. Kommunen skal inddrage den sygemeldte i opfølgningen.

Stk. 2. Indsatsen skal være sammenhængende og helhedsorienteret, og kommunen skal koordinere den kommunale indsats med indsatsen fra andre, jf. § 9.

Stk. 3. Kommunen skal som led i opfølgningsforløbet, uanset om der er tale om en hel eller delvis sygemelding, indhente oplysningsskema, visitere, holde samtale og foretage en samlet vurdering af behov for indsats m.v. samt udarbejde en opfølgningsplan, jf. §§ 11-16.

§ 9. Kommunen skal efter behov inddrage relevante aktører i opfølgningen, herunder arbejdsplads, læge, arbejdsløshedskasse, faglig organisation, arbejdsformidling, revalideringsinstitutioner, sygehuse og sygehusafdelinger. Kommunen skal have fokus på at udvikle samarbejdet med de praktiserende læger og med arbejdspladserne.

Kommunen skal ud fra oplysningsskema, som udleveres til den sygemeldte, foretage en kategorisering af den sygemeldte til én af følgende kategorier:

- Kategori 1: Sager, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet er umiddelbart forestående
- Kategori 2: Sager med risiko for langvarigt sygdomsforløb eller risiko, hvad angår arbejdsevnen
- Kategori 3: Sager, hvor lidelsen eller sygdommen medfører et længerevarende sygdomsforløb

Der er herefter regler for opfølgning inden for de 3 kategorier:

Kategori	Første opfølgning	Form	Senere opfølgninger	Form
Kategori 1	Inden 8 uger	Minimum telefonsamtale	Mindst hver 8. uge	Minimum telefonsamtaler
Kategori 2	Inden 8 uger	Individuel samtale	Mindst hver 4. uge	Minimum hver anden gang som individuel samtale
Kategori 3	Inden 8 uger	Minimum telefonsamtale	Mindst hver 8. uge	Telefon eller individuel samtale eller andet

Ved sygdom, som hindrer telefonisk eller individuel opfølgning, følges op på anden måde. Kommunen skal ved første samtale foretage en vurdering af den sygemeldtes konkrete behov for behandling, optræning eller revalidering for at fremme arbejdsfastholdelse og hurtigst mulige raskmelding og iværksættelse af nødvendig indsats. Der skal foretages ny vurdering, og evt. ny kategorisering, ved hver opfølgning, herunder også om der er behov for hjælp til den sygemeldtes familie.

Der skal ligeledes senest ved anden opfølgning lægges en plan for opfølgning med fokus på arbejdsfastholdelse og tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Anden aktør kan inddrages i opfølgningen. Anden aktørs indsats skal da fastlægges i opfølgningsplanen.

4.2.5 Diskussion af Sygedagpengeguiden

Der er ikke fra statens side stillet krav om en bestemt udformning af opfølgningsplanen, men Arbejdsmarkedstyrelsen har udfærdiget et omfattende materiale i en sygedagpengeguide til brug for kommunernes sagsbehandlere ved opfølgning i sygedagpengesager (30). Dette materiale er udbygget med en del informationsmateriale bl.a. om sygdomme, deres prognose og behandling. Materialet kan, afhængigt af dets anvendelse, blive meget væsentligt for behandlingen for de sygedagpengemodtagere, som

falder inden for de nævnte grupper, eller som har lidelser som kan paralleliseres til disse.

Et par sygdomskategorier som er nævnt, og som vil være væsentlige for mange sygemeldte med kroniske smerter er: Sygdomme i bevægeapparatet, som omfatter bl.a. diskusprolaps, bækkenløsning, nakke-, lænde- og skuldersmerter, whiplashsyndrom, - diffus smerte- eller træthedslidelse, - og psykiske sygdomme.

Beskrivelserne hér kan være vanskelige at tolke for sagsbehandlerne, især da beskrivelserne dækker den akutte whiplash skade og kroniske muskelsmerter af kortere varighed. Guiden oplyser ikke om, at prognosen er anderledes for de ca. 5 % af whiplash patienterne der fortsat er sygemeldte et år efter traumet. Disse langtidssygemeldte opfører sig som andre med kroniske smertetilstande. Dvs. tilstanden er langvarig og med en lav helbredelsesfrekvens på mellem 5 – 10 % om året (31,32).

Under sygdomsgruppen psykisk lidelse kan man under ”karakteristika ved sygdomsgruppen” læse, at

”fælles for personer med psykisk/psykosocial lidelse er, at de - i vekslende omfang – vil være generet af, at de sammenlignet med før: Har mindre energi, bliver hurtigere trætte ... sover dårligt, har forringet koncentrationsevne, har forringet hukommelse ...”

og en lang række andre symptomer som også ses hos sygemeldte med komplekse kroniske smertetilstande. Hvorfor der ved brug af guiden er en risiko for at sagsbehandleren fejltolker den sygemeldtes lidelse og på den måde er med til at forsinke sagsbehandlingen.

Vurdering og diagnosticering af psykiske lidelser og komplekse kroniske smertetilstande er vanskelig selv for trænet sundhedspersonale. Derfor bør dette overlades til personale med kendskab til såvel sygdomstilstandene som prognosen, og ikke hvile på en sagsbehandler med brug af en kortfattet guide.

I øvrigt henvises til sundhedspsykolog Søren Frølich og professor i klinisk psykiatri Poul Videbechs kapitler i bogen ”Skjulte lidelser” (33)

Den konkrete håndtering af lovgivningen er under indflydelse af mange forhold, som ikke står i lovens paragraffer. Ud over de nævnte eksempler er hele den politiske diskurs i samfundet både på landsplan og på lokalplan i høj grad med til at skabe rammerne for den konkrete udformning af loven, som den sygemeldte møder den. Dette emne er behandlet i adskillige forskningsprojekter (34-38).

4.3 De deltagende Jobcentre

Nedenstående beskrivelser er udarbejdet på baggrund af interviews med ledere i jobcentrene i Nyborg og Odense og skriftlig tilbagemelding fra lederen i Jobcenter København, Sygedagpenge.

I forbindelse med kommunalreformen blev opgaverne i de statslige Arbejdsformidlinger og opgaver i de kommunale socialforvaltninger vedrørende kontanthjælp, fleksjob, revalidering og sygedagpenge samlet i jobcentre i 2006-2007. I jobcentrene skelnes herefter mellem den kommunale del og den statslige del.

Den statslige indsats i jobcentrene omfatter anvisning af job og indsatser overfor personer, der er berettiget til arbejdsløshedsunderstøttelse fra en A-kasse, mens den kommunale indsats i jobcentrene retter sig mod arbejdsløse på kontanthjælp, personer uden forsørgelsesgrundlag og sygemeldte. Der foretages visitation til revalidering, fleksjob og andre beskæftigelsesrettede tiltag.

Tabel 4. Oversigt over de tre jobcentre der deltager i projektet

Organisatorisk opdeling af sygedagpengesager				Antal ansatte	Løbende antal sager
Jobcenter Nyborg	Visitationsteam: Nye sager og kategori 1	Opfølgningsteam: Øvrige sager indtil afklaring	Revaliderings- og fleks team	50 kommunalt ansatte. 10 statsligt ansatte	Ca. 500
Jobcenter Odense	Visitationsafsnit	3 opfølgningsafsnit	Afsnit for arbejdsfastholdelse	55 i jobcenteret. 30 i ydelseskontoret	Ca. 2.300
Jobcenter København, Sygedagpenge	Tidlig og forebyggende indsats (op til 26 uger)	Team der varetager sager fra 26 uger til 52 uger	Team der varetager sager over 52 uger	134 (se nedenstående tekst)	Ca. 8.500

Jobcentret i Nyborg:

I den statslige del ligger arbejdsanvisning, aktivering m.m. I den kommunale del ligger alle offentlige ydelser, så som sygedagpenge, ledighedsydelse, kontanthjælp m.m. Samarbejdet mellem den statslige og den kommunale del udbygges løbende.

Jobcentret i Odense:

Alt vedrørende job, sygedagpenge og kontanthjælp er samlet på to adresser i kommunen. Et jobcenter som tager sig af opfølgning, vurdering af arbejdsevne og evt. visitation til revalidering, fleksjob eller pension. Et ydelseskontor på en anden adresse, som tager sig af den økonomiske del af sygedagpenge og kontanthjælpsområdet.

I Odense Kommune er der ansat to socialoverlæger og 14 sociallæger. De betjener bl.a. Jobcentret og leverer derudover socialmedicinske ydelser til eksterne kommuner, herunder Nyborg Kommune.

Jobcentret i København:

Et jobcenter for den kommunale indsats blev allerede etableret 1.6.2006, medens den statslige indsats blev integreret 1.01.2007.

Som den eneste kommune i landet besluttede Københavns Kommune at etablere et selvstændigt jobcenter for sygedagpengemodtagere. Jobcenter

København, Sygedagpenge er organiseret i Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen og samlet på en matrikel, der dækker alle sygemeldte i Københavns Kommune. Som en konsekvens af den store stigning i antallet af sygemeldte er der sket en løbende tilpasning af strukturen. Ved projektets start var indsatsen fordelt på tre team med udgangspunkt i en distriktsopdeling og en samlet indsats overfor sygemeldte uanset varighed. I september 2007 foretog jobcentret en større omlægning af indsatsen hvorefter tre teams hver især varetager sager indenfor en tidsperiode i en sygemelding.

Denne opdeling kan betyde, at det er forskellige sagsbehandlere, der følger op, og at en sagsbehandler måske ser en sygemeldt få gange inden vedkommendes sag overtages af et andet team.

Ved Jobcentrets opstart var der i alt ansat ca. 86 medarbejdere, men i takt med stigningen og udviklingen af området, er der sket en gradvis tilførsel af ressourcer, således at sygedagpengeindsatsen i dag varetages af ca. 134 medarbejdere fordelt med ca. 110 til Jobcenter Sygedagpenge og 24 til andre enheder i Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen. Endvidere har Jobcenter, Sygedagpenge i 2007 benyttet sig af eksterne aktører, især til indsatsen i sager over 52 uger.

Som følge af de stigende krav til indsatsen i sygedagpengeopfølgningen, har Jobcentret siden opstarten været karakteriseret ved en uforholdsmæssig stor personaleomsætning, som først er stabiliseret i 2008, hvor der samtidig er tilført væsentlig flere ressourcer.

Der tilknyttet to lægekonsulenter til Jobcenter København, Sygedagpenge.

4.4 Sagsbehandling i jobcentrene

I det følgende beskrives sagsbehandling i forbindelse med sygedagpenge generelt og specifikt i forhold til sygemeldte grundet komplekse kroniske smerter. Beskrivelserne er udarbejdet på baggrund af litteraturen og interviews med sagsbehandlere og lægekonsulenter i jobcentre ved projektstart. Se evt. kapitel 8 for en mere udførlig beskrivelse af den anvendte metode og generering af interviewdata.

4.1.1 Sygedagpengeforløbet

Det er sagsbehandlerne der har myndighedsansvar og beføjelse i forhold til sygedagpengeområdet. Sagsbehandlerne samarbejder med kommunalt ansatte lægekonsulenter, med sundhedsvæsenet, herunder praktiserende læger og speciallæger samt med forskellige arbejdsmarkedsrettede tiltag i og udenfor kommunen. De arbejds-markedsrettede tiltag består som oftest i arbejdsafklarende forløb på revalideringsinstitutioner eller i aktiveringsprojekter, evt. hos private aktører, som kommunen har indgået aftale med.

Sygemelding, den første kontakt og kategorisering:

Første henvendelse sker til kommunens ydelseskontor. Den efterfølgende henvendelse til jobcentret sker ved at der modtages et uarbejdsdygtighedsskema fra kommunens ydelseskontor (sygemeldt fra arbejde) eller fra A-kassen (sygemeldt fra ledighed). Der er fire ugers anmeldelsesfrist.

På baggrund af samtale med sygemeldte, oplysningsskemaet og eventuel dokumentation (f.eks. en lægeerklæring) tages der stilling til den sygemeldtes uarbejdsdygtighed. Derudover sker der en kategorisering, som tidligere beskrevet i afsnit 4.2. Sygemeldte med risiko for et langvarigt sygdomsforløb eller risiko hvad angår arbejdsevnen tildeles kategori 2, der ifølge lovgivningen kræver hurtig og vedvarende opfølgning.

Opfølgning og ressourceprofil:

Sagsbehandleren skal ved samtalerne foretage en vurdering af sygemeldtes konkrete behov for behandling, optræning eller revalidering og iværksætte den nødvendige indsats for at fremme arbejdsfastholdelse og hurtigst mulig raskmelding.

Sagsbehandleren udarbejder en ressourceprofil der indgår i vurderingen af arbejdsevnen. Ressourceprofilen omfatter fem områder: i) Borgerens eget arbejdsmarkedsperspektiv, ii) Faglige og praktiske kompetencer, iii) Personlige kompetencer, iv) Materielle forhold og v) Helbredsmæssige forhold i relation til arbejdsmarkedet. De fem områder indeholder tilsammen 12 obligatoriske elementer. Der er ikke fra lovgivningen et formkrav til ressourceprofilen, men de fleste kommuner har skabeloner og retningslinjer for udarbejdelse af ressourceprofilen (30).

De enkelte sagsforløb kan være meget forskellige med hensyn til; længde af og årsag til sygemelding, helbredsmæssige forhold og fremtidsudsigter, tidligere sygedagpengesager, alder, uddannelse, tidligere erhverv og arbejdsevne. I et forløb indgår mange skøn, bl.a. af årsagssammenhænge i relation til sygemelding, helbredsforholdenes indflydelse på arbejdsevnen samt vurdering af ressourcer og arbejdsevne og behov for støtteforanstaltninger.

Samfundsmæssige normer:

Der er flere forhold, der har indflydelse på hvordan en sagsbehandling forløber, herunder normer for hvordan der generelt i befolkningen handles i forhold til sygdom og den politik der føres både på et overordnet niveau og i afgørelser af sygedagpengesager.

Arbejdsmarkedsforhold:

Hvis det er uafklaret hvorvidt den sygemeldte kan returnere til arbejdsmarkedet kan der igangsættes tiltag som f.eks. arbejdsprøvning, virksomhedsrevalidering eller uddannelsesrevalidering. Der etableres et samarbejde med relevante instanser i eller udenfor kommunen, hvilket der kan være ventetid på.

Sygemeldte med arbejdsskadeerstatningssager opleves ofte at være svære at afklare, idet der kun udløses erstatning hvis der kan påvises mén eller tab af erhvervsevne.

4.4.2 Afklaring af fremtidigt forsørgelsesgrundlag

Afklaring af fremtidigt forsørgelsesgrundlag sker på baggrund af en vurdering af funktionsevnen. En nedsat funktions- og arbejdsevne, kan være forårsaget af såvel helbredsmæssige som sociale forhold.

Helbredsmæssige forhold:

Helbredsmæssige forhold udgør én ud af i alt fem områder i ressourceprofilen. Alligevel oplever de interviewede sagsbehandlere og lægekonsulenter at de helbredsmæssige forhold i stor udstrækning er afgørende for vurderingen. Ligeledes angives det i en rapport fra 2005, at helbredskomponenten var en afgørende faktor i 96% af bevillingerne til førtidspension (39).

Ved tvivlstilfælde om de helbredsmæssige forhold og deres betydning for arbejdsevnen involverer sagsbehandleren den tilknyttede lægekonsulent. Lægekonsulenten inddrages i forhold til lokale procedurer. I Nyborg Jobcenter inddrages lægekonsulenterne i ca. 1/3 af sagerne. Lægekonsulenten er i kommunen på bestemte ugedage og kan bookes til et møde af 30 minutters varighed. Derudover kan der i enkelte sager arrangeres et møde mellem sygemeldte, sagsbehandler og lægekonsulent. I Odense er der møde mellem sagsbehandler og lægekonsulent en gang om ugen, samt ved behov. I København kan en sag drøftes ved at henvende sig personligt eller skriftligt til lægekonsulenten. I alle tre kommuner oplever sagsbehandlerne samarbejdet med lægekonsulenterne som vigtigt og lettilgængeligt.

Lægekonsulenterne undersøger ikke, og har generelt ingen kontakt med de sygemeldte. Deres primære opgave er at bistå sagsbehandlerne med at klarlægge og tolke indholdet af andre lægers udtalelser. De vurderer helbredsoplysninger og deres betydning for sygemeldtes funktionsevne, herunder om der er en helbredsrelateret funktionsnedsættelse, som berettiger en sygemelding, og hvorvidt funktionsnedsættelsen er varig eller ikke-varig. De vurderer sygdoms- og behandlingsforløbet i forhold til mulighederne for tilknytning til arbejdsmarkedet på kort og langt sigt og de rådgiver sagsbehandlerne i forhold til undersøgelser og udredninger.

To af lægekonsulenterne er i interviewet meget klare i forhold til deres beføjelser, der betyder at de vurderer den lægefaglige del, medens sagsbehandleren vurderer den socialfaglige. En tredje lægekonsulent efterlyser bredere beskrivelser der inkluderer såvel ressourcer som mangel på samme idet en evt. mangel på ressourcer kan betyde at det ikke er realistisk at bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Ifølge Mette Østergård kan opdelingen mellem det socialfaglige og det lægefaglige samt en fokusering på en fysisk/biologisk forklaring på en smertetilstand, frem for en forklaring på smertens betydning for funktionsevnen, betyde et langstrakt og parallelt udredningsforløb i det sociale system og i sundhedsvæsenet. Uden at nogen har den faglige baggrund for at danne sig et samlet overblik, eller at sige stop og uden at den sygemeldtes funktionsevne bedres, eller måske endog forværres (39).

Dokumentation af helbredsmæssige forhold:

Ved vurderingen af de helbredsmæssige forhold tages der i første omgang stilling til den information der allerede ligger. Det kan være tidligere sygemeldinger, helbredsattester og statusrapporter. Hvis det foreliggende ikke er tilstrækkeligt til at belyse sagen og vurdere funktionsevnen, bestilles der nye lægeoplysninger fra den praktiserende læge eller fra allerede involverede speciallæger. Da det tager tid at indhente nye oplysninger, overvejes det omhyggeligt inden det igangsættes. Derudover indeholder de indhentede statusrapporter og helbredsattester ikke altid alle ønskede oplysninger.

Attesttypen vælges ud fra en vurdering af sagens kompleksitet. Det lægekonsulenten efterspørger, er en beskrivelse af den sygemeldtes helbredsmæssige tilstand, herunder dennes betydning for funktionsevnen og fremtidsudsigterne. Derudover kan der efterspørges en beskrivelse af andre forhold, som f.eks. psykiske problemer/sygdom, evt. misbrug eller andet, der kan have indflydelse på eller er medvirkende til en sygemelding.

Lægekonsulenter kan foranledige at der henvises til undersøgelser og behandling i de forskellige projekter og sundhedscentre i kommunen, eller opfordre egen læge til at henvise til undersøgelser eller behandling i sundhedsvæsenet. Derudover kan kommunen vælge at købe ydelser hos en privat udbyder. Det er ydelser hvortil der er ventetid i det offentlige sundhedsvæsen, f.eks. scanning, operation og psykologisk udredning. Med en kort ventetid kan det være billigere for jobcentret at betale en privat udbyder end at betale sygedagpenge i ventetiden på det offentlige system.

Afklaring:

Hvis erklæringen fra den praktiserende læge eller speciallægen ikke lægefagligt begrundes en sygemelding eller nedsat funktionsevne, og der heller ikke er henvist til udredning eller behandling, kan det være svært for kommunen at komme videre, hvorfor den sygemeldte raskmeldes.

Hvis sagsbehandlingen konkluderer at der er tale om en varig lidelse uden behandlingsmuligheder afsluttes sagen. Er det muligt, raskmeldes den sygemeldte til vanligt arbejde. Evt. anvendes paragraf 56 i lov om sygedagpenge, som giver arbejdsgiver refusion af sygedagpenge fra første sygedag, eller andre støtteforanstaltninger efter arbejdsmarkeds- og sociallovgivning.

Den sygemeldte kan også raskmeldes til arbejde med skånehensyn, eller til anden funktion indenfor samme erhvervsområde, evt. på en anden arbejdsplads. Er den sygemeldte arbejdsløs, kan vedkommende raskmeldes med en begrænset rådighedsvurdering. Dvs. at den sygemeldte f.eks. ikke er forpligtiget til tage arbejde der er belastende for ryggen. Derudover kan sagsbehandleren indstille til arbejds- eller uddannelses revalidering, fleksjob eller førtidspension. Lægekonsulentens vurdering indgår i beslutningsdokumentet, der er en beskrivelse af forløbet, diagnose(r) og eventuelle skånehensyn (det kan både være fysiske og psykiske). Det er op til den enkelte kommune hvor kompetencen til at tilkende ydelser som pension, fleksjob m.m. lægges.

4.4.3 Økonomiske konsekvenser

En ny dansk rapport viser bl.a. at sygedagpengemodtageres forbrug af sundhedsydelser er større end blandt den almindelige befolkning og at behandling sent i sygedagpengeforløbet er forbundet med længere sygedagpengeperiode og et højere forbrug i sundhedsvæsenet. Rapporten konkluderer på baggrund af registerstudier af over 600.000 sygedagpengemodtagere: ' At sygedagpengemodtagere med et relativt højt forbrug i den sidste halvdel af deres sygedagpengeforløb i nogen grad er overrepræsenteret af folk med lav uddannelse samt arbejdsløse peger i retning af, at udgifter til sygedagpenge kan mindskes, hvis der initieres en større indsats for rettidigt at afdække behovet for sundhedsydelser blandt sygedagpengemodtagere generelt og mere specifikt blandt disse befolkningsgrupper' (40 side 7). Da de anvendte registre ikke anvender diagnoser for sygemeldingen har det kun været muligt at undersøge sammenhænge mellem diagnose og længde af sygemelding ift. de sygemeldte, der har været indlagt på sygehus. Her viser det sig at sygedagpengemodtagere med diagnoserne svulster, psykiske lidelser og sygdomme i knogler og muskler har lange sygedagpengeforløb (40).

4.5 Sygedagpengeforløbet; flaskehalse og problemområder

På baggrund af ovenstående er der udarbejdet en grafisk oversigt over den nuværende organisation af et sygedagpengeforløb (Figur 2).

I oversigten indgår et forløb, hvor et uarbejdsdygtighedsskema efterfulgt af en række kontakter mellem sygemeldte og jobcenter indenfor maksimalt 52 uger fører frem til raskmelding eller anden form for afklaring af fremtidigt forsørgelsesgrundlag. Sagsbehandling og vurdering varetages af sagsbehandlere med udgangspunkt i lovgivning, ressourceprofil og dokumentation vedrørende helbredsmæssige forhold og arbejdsmarkedsforhold. Sagsbehandlerne samarbejder bl.a. med lægekonsulenter tilknyttet jobcentret i forhold til indhentning og fortolkning af dokumentation.

I oversigten indgår oplevede flaskehalse i form af:

- sagsbehandlerressourcer

• ventetid på dokumentation samt problemområder i form af:

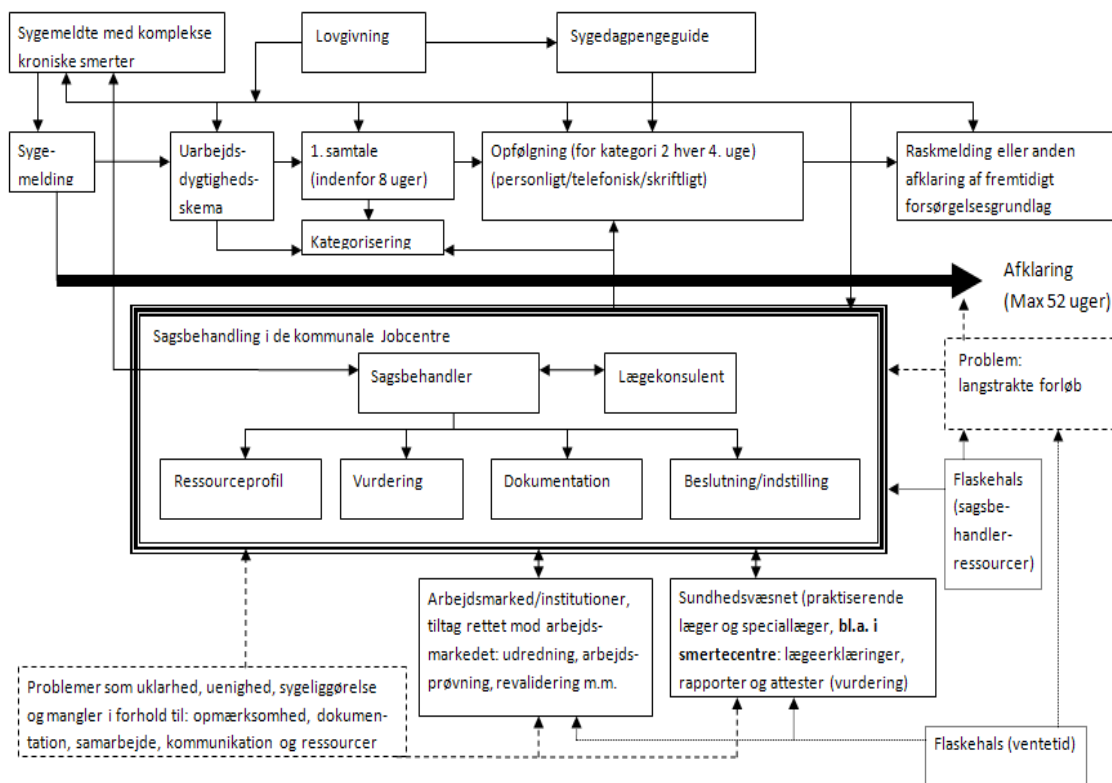
- uklarhed
- uenighed
- sygeliggørelse

og oplevede mangler i forhold til:

- opmærksomhed
- dokumentation
- samarbejde
- kommunikation

Alt sammen forhold der er med til at skabe langstrakte afklaringsforløb. Yderligere beskrivelser af de oplevede flaskehalse og problemområder findes i afsnit 8.4.

Figur 2. Grafisk oversigt over den nuværende organisation af et sygedagpengeforløb



5 Den tværsektorielle samarbejdsmodel

I dette kapitel præsenteres den konkrete tværsektorielle samarbejdsmodel, der i projektperioden maj 2007 til maj 2008, blev afprøvet i et samarbejde mellem Jobcentrene i Nyborg, Odense og København og Smertecentrene i Herlev og Odense.

5.1 Formål

Formålet med undersøgelsen var at:

1. Identificere sygemeldte med komplekse kroniske smerter ved at:
 - Sagsbehandlere i jobcentre undervises af speciallæge og socialrådgiver
 - Sagsbehandlere identificerer sygemeldte med komplekse kroniske smerter vha. en udleveret symptom (spot)liste
2. Imødegå ”flaskehalse” gennem:
 - Let og hurtig adgang til specialister, ved at sagsbehandlere kan henvise sygemeldte direkte til smertecentre
 - Kort ventetid på smertecentre, der indkalder sygemeldte indenfor en måned efter indgåelse i undersøgelsen
3. Imødegå problemer i form af uklarhed, uenighed og unødigt forsinkelse af sygdomsafklaring gennem:
 - Udfærdigelse af speciallægeerklæring (evt. inkl. psykologisk vurdering) og funktionsbeskrivelse ved speciallæge og socialrådgiver på smertecentret. Den samlede beskrivelse udfærdiges med ensartethed og tydelighed og sendes til jobcentret og til den alment praktiserende læge
 - Der tilbydes et møde med jobcentret, hvor den sygemeldte og evt. den praktiserende læge deltager

5.2 Indhold

Undervisning til sagsbehandlere i Jobcentrene:

På møder i de tre deltagende jobcentre introducerede socialrådgiver Jytte Andersen og overlæge Gitte Handberg fra Smertecenter Syd, OUH sagsbehandlere til komplekse kroniske smerter. Møderne varede 2-3 timer med deltagelse af flest mulige af de sagsbehandlere, der arbejdede med afklaring af sygedagpengesager af over otte ugers varighed. Indholdet af introduktionen var: En kort indføring i smertemekanismer, smertepresentation, behandlingsmuligheder samt en gennemgang af de psykosociale mekanismer i forhold til arbejdsmarked og arbejdsfastholdelse. Der var i forbindelse med hver introduktion sat god tid af til afklarende

spørgsmål samt drøftelse af de praktiske omstændigheder for undersøgelsen, herunder inklusion af sygemeldte med komplekse smertetilstande.

En gennemgående problemstilling ved møderne var sagsbehandlernes afslutning af sygemeldte fra sygedagpengesystemet. Når sagsbehandlerne fandt der var diskrepans mellem de objektive fund og den sygemeldtes klager, blev den sygemeldte afsluttet fra sygedagpengesystemet og enten raskmeldt eller overflyttet til kontanthjælp. Det blev i introduktionen understreget, at sygemeldte med komplekse kroniske smerter ofte er præget af og belastet psykisk af smertetilstanden, men at disse mennesker typisk ikke lider af svære psykiatriske lidelser.

Henvisning til de Tværfaglige Smertecentre:

I forbindelse med undersøgelsen blev det muligt at henvise sygemeldte (inkluderet i interventionsgruppen) direkte til et tværfagligt smertecenter. Henvisningen foregik ved at sagsbehandleren udfyldte og sendte en fortrykt henvisningsblanket med de spørgsmål som ønskedes belyst sammen med et kort resumé af problemstillingen, oplysninger om diagnose eller baggrund for smerterne, en kort beskrivelse af udrednings- og behandlingsforløb, hidtidige sygemeldinger samt revaliderings- eller arbejdsprøvningsforløb.

Socialrådgiverfunktion i Smertecentrene:

I Smertecenter Syd, OUH var der allerede etableret en socialrådgiver funktion hvorimod dette ikke var tilfældet i Tværfagligt Smertecenter i Herlev. Københavns Kommune valgte at indgå aktivt i projektet, hvilket betød at socialrådgivere fra jobcentret kunne frigøres til et uddannelsesforløb og til efterfølgende at udfærdige funktionsbeskrivelserne på Tværfagligt Smertecenter i Herlev.

Uddannelsesforløbet bestod af et teoretisk oplæg på 6 timer med en grundig gennemgang af smertefysiologi, smertebehandling og prognose indenfor en bio-psyko-social forståelsesramme. Herefter deltog socialrådgiveren som observatør i Smertecenter Syd, OUH i en uge (37 timer). Opholdet bestod dels i at ledsage læger, sygeplejersker og socialrådgivere ved patientkonsultationer, dels i grundig teoretisk gennemgang af relevant materiale, herunder skabeloner for udarbejdelse af funktionsbeskrivelse.

Der blev fra starten af projektet udpeget tre socialrådgivere fra Københavns kommune. Imidlertid opsagde den første sin stilling ved kommunen efter introduktion og inden det mere specielle uddannelsesforløb kom i gang. Den næste socialrådgiver opsagde sin stilling ved kommunen efter at have gennemført det udvidede uddannelsesforløb medens den tredje gennemførte uddannelsen og fungerede som socialrådgiver gennem hele projektet.

Udfærdigelse af dokumentation:

Efter indkaldelse til smertecentret havde de inkluderede sygemeldte en række samtaler med læge, socialrådgiver og evt. psykolog hvorefter der blev udfærdiget en beskrivelse bestående af en speciallægeerklæring og en funktionsbeskrivelse.

Udformningen af speciallægeerklæringerne blev varetaget af specialister i avanceret smertebehandling; I Herlev ved overlægerne Niels-Henrik Jensen, Ryan Hansen og Gitte Juhl, og i Odense ved overlæge Gitte Handberg. Lægerne gennemgik grundigt de sygemeldte med henblik på sygehistorie, smerteudvikling og smertevarighed, samt foretog en fysisk undersøgelse med hovedvægten på diagnosticering af smertetilstanden, suppleret med relevante lægelige dokumenter fra jobcentrene.

I Odense blev funktionsbeskrivelserne til jobcentrene i Nyborg og Odense kommuner skrevet af socialrådgiver Jytte Andersen, der gennem mange års ansættelse i Smertecenter Syd, OUH har stor erfaring med sagsbehandling af patienter med komplekse kroniske smerter. I Tværfagligt Smertecenter i Herlev blev funktionsbeskrivelserne til jobcentret i Københavns Kommune skrevet af socialrådgiver Christina Thomsen. Hun var i projektperioden midlertidigt frigjort til opgaven fra sin ansættelse i jobcentret i København og blev efter ovenstående uddannelsesforløb tilknyttet Tværfagligt Smertecenter i Herlev.

I de indledende (stor)møder med ledere og chefer fra jobcentrene blev det understreget at den samlede skriftlige dokumentation skulle begrænses til så få sider som muligt og i introduktionen til sagsbehandlerne blev funktionsbeskrivelserne beskrevet som 'udvidede speciallægeerklæringer'. De første fire funktionsbeskrivelser (til jobcentret i Nyborg) omfattede derfor alene 2-3 sider med funktionsbeskrivelse og udvalgte afsnit fra speciallægeerklæringen. Ved et opfølgende møde i jobcentret i Nyborg bad sagsbehandlerne imidlertid om, at hele speciallægeerklæringen blev fremsendt.

Den udarbejdede dokumentation blev sendt fra smertecenteret til den kommunale sagsbehandler med kopi til den sygemeldte og dennes praktiserende læge. Samtidig blev der tilbudt et fællesmøde mellem den sygemeldte, smertecentret og den kommunale sagsbehandler med mulighed for at drøfte indhold og evt. uafklarede spørgsmål. Smertecenteret havde derudover mulighed for at henvende sig til den praktiserende læge, hvis der blev afdækket uafprøvede behandlingsmuligheder.

6 Afprøvning af samarbejdsmodellen; en randomiseret undersøgelse

Selve afprøvningen af samarbejdsmodellen blev tilrettelagt som en randomiseret undersøgelse, der foregik i perioden 1. maj 2007 til 31. maj 2008. I undersøgelsen deltog Jobcentrene i København, Odense og Nyborg samt Smertecentrene i Herlev og Odense.

Formålet med afprøvningen var at give en alsidig og systematisk vurdering af de organisatoriske, patientrelaterede og økonomiske konsekvenser af den udviklede samarbejdsmodel for tværsektoriel smertevurdering af sygemeldte med komplekse kroniske smerter.

Som den primære effekt var det forventet, at sygemeldte deltagere, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel, afklares og kommer hurtigere væk fra *sygedagpenge eller kontanthjælp* til andet forsørgelsesgrundlag (fx ordinært job, fleksjob, revalidering eller førtidspension) end sygemeldte deltagere, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb.

Efter første fællesmøde med alle aktører i projektet, blev deltagergruppen afgrænset til alene at omfatte *sygedagpengemodtagere*. Begrundelsen var de organisatoriske forhold i jobcentrene, som var relativt nye efter kommunalreformen. I København var afdelingerne for hhv. sygedagpenge og kontanthjælp ledelsesmæssigt adskilt, og fysisk var de placeret på forskellige matrikler. Det samme var delvist tilfældet i Odense Kommune. Fokuseringen omkring sygedagpengemodtagere ville indskrænke antallet af samarbejdspartnere og lette implementeringsprocessen, bl.a. i forhold til information og undervisning, ligesom det ville give større mulighed for, at alle deltagere fra kommunerne fik større ejerskab til projektet.

Undersøgelsens hypoteser blev formuleret således:

Primær effekt

- Sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel, afklares og kommer hurtigere væk fra sygedagpenge til andet forsørgelsesgrundlag (fx ordinært job, fleksjob, revalidering eller førtidspension) end sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb

Sekundære effekter

1. Kommunale sagsbehandlere oplever at få et bedre beslutningsgrundlag for afklaring af forsørgelsesgrundlag for sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel i forhold til udredning for sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb
2. De involverede fag-professionelle aktører (kommunale sagsbehandlere, lægekonsulenter, fagpersoner i smertecentre og praktiserende læger) oplever bedre tværsektoriel koordinering og samarbejde i forhold til

sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede samarbejdsmodel end sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb

3. Sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel, visiteres færre gange til speciallægeerklæringer og arbejdsprøvning end sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb
4. Sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel, har mindre forbrug af ydelser fra primær og sekundær sundhedssektor end sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb
5. Sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel, er mere tilfredse med sagsforløbet og dets udfald end sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb

I dette kapitel undersøger vi i hvilken udstrækning den primære effekt og de sekundære effekter beskrevet under punkt 3-5 er opnået. I det efterfølgende kapitel 7 undersøges i hvilken udstrækning de sekundære effekter beskrevet under punkt 1-2 (og delvist punkt 5) er opnået.

6.1 Metode

Studiet blev designet som er en randomiseret ikke-blindet undersøgelse, hvor konsekutive sygemeldte, der lider af komplekse kroniske smerter og modtager sygedagpenge randomiseres til enten interventionsgruppen, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel, eller til kontrolgruppen, som følger det sædvanlige sagsbehandlingsforløb.

6.1.1 Rekruttering af sygemeldte med komplekse kroniske smerter

Rekruttering af sygemeldte med komplekse kroniske smerter fra kommunernes sygedagpengeafsnit skulle efter den oprindelige plan have været varetaget af sagsbehandlere i kommunerne. I løbet af de første få måneder stod det imidlertid klart, at rekrutteringsfrekvensen var meget lav, hvorfor socialrådgiver Jytte Andersen og overlæge Gitte Handberg fra projektgruppen besøgte jobcentrene i henholdsvis Nyborg, Odense og København, for at erindre om samarbejdsprojektet og opfordre sagsbehandlere til at invitere relevante sygemeldte til at deltage i undersøgelsen.

Da det fortsat ikke gav et tilfredsstillende antal fortløbende inklusioner, besluttede projektgruppen at tage direkte kontakt til de enkelte sagsbehandlere i Odense og Nyborg, og i dialog med dem, forsøge at identificere egnede deltagere til undersøgelsen. Proceduren bestod i, at sagsbehandleren gennemgik egne sagsmapper og resumerede problemstillingerne i sagen. Herudfra blev det vurderet, om den sygemeldte skulle tilbydes information om undersøgelsen.

De således fundne kandidater til undersøgelsen modtog herefter et brev fra sagsbehandleren, hvori den sygemeldte blev inviteret til at deltage i undersøgelsen (bilag 9). Såfremt sygedagpengemodtageren var interesseret i at høre mere, blev

introduktionsmappen til den sygemeldte fremsendt, og vedkommende blev inkluderet, så snart skriftligt samtykke (bilag 2) var modtaget.

Med den ændrede rekrutteringsprocedure sikredes en tilfældig og uvildig rekruttering ved at den sygemeldtes forhold i anonymiseret form blev forelagt projektets socialrådgiver og overlæge, der herefter kunne vejlede sagsbehandleren omkring invitation af den sygemeldte til at deltage i undersøgelsen.

Også i Københavns kommune var der behov for projektgruppens indsat for at øge rekrutteringen. Det blev besluttet, at overlæge Gitte Juhl fra Tværfagligt Smertecenter i Herlev (TSC), i samarbejde med en ansat ved Jobcenter København, Sygedagpenge, socialrådgiver Christina Thomsen, skulle identificere eventuelle deltagere. Dette blev gennemført ved, at de to gennemgik en database indeholdende navn og diagnose over sygedagpengemodtagere i Københavns Kommune. Hvis en sygedagpengemodtager blev identificeret som mulig deltager i undersøgelsen, kontaktede socialrådgiver Christina Thomsen efterfølgende vedkommende for at informere om undersøgelsen og spørge om vedkommende ønskede at deltage. Denne procedure medførte imidlertid kun identifikation af få egnede kandidater til undersøgelsen. Det blev formodet, at sygemeldte med komplekse kroniske smerter skulle findes andet steds f.eks. i kontanthjælpsgruppen.

6.1.2 Interventions- versus kontrolgruppen

De sygemeldte i interventionsgruppen blev modtaget til udredning i enten Smertecenter Syd, OUH eller Tværfagligt Smertecenter i Herlev. Der blev anvendt to forskellige metoder til den praktiske gennemførelse af at få udformet funktionsbeskrivelserne - en for Odense og Nyborg kommuner og en for Københavns Kommune. De er nærmere beskrevet i afsnit 5.2. Sygemeldte i kontrolgruppen modtog sædvanlig udredning i kommunerne, som beskrevet i afsnit 4.4.

6.1.3 Styrkeberegning af det nødvendige antal deltagere

Forud for undersøgelsen blev der gennemført en styrkeberegning med udgangspunkt i en hypotese om kortere sagsbehandlingstid i interventionsgruppen. Da det ikke har været muligt at finde oplysninger om sygdomsvarighed for sygemeldte med komplekse kroniske smerter, blev styrkeberegningen gennemført på et forholdsvist konservativt grundlag ud fra projektgruppens bedste skøn.

Det blev antaget, at den gennemsnitlige varighed for afklaring til andet indkomstgrundlag er 52 uger, som er den længste periode, hvor man kan modtage sygedagpenge uden forlængelse begrundet i behov for yderligere virksomhedspraktik eller andre afklarende foranstaltninger. Varigheden formodes at være lavt sat, idet mange af de patienter, der med den nuværende visitationspraksis henvises til behandling i et smertecenter, har modtaget sygedagpenge eller kontanthjælp i over 36 måneder (dvs. 3 år).

Grundet en forventning om en forholdsvis stor variation i varigheden af sygedagpengeperioden blev der valgt en standard afvigelse (SD) på 26 uger. Da et tidligere gennemført pilotstudie viste, at afklaringsperioden faldt til mellem 3-6 måneder, blev det antaget, at interventionen ville halvere perioden til afklaring (dvs. til en gennemsnitlig varighed på 26 uger og SD 26 uger). Den fastlagte

statistiske styrke ville med disse forudsætninger kunne opnås med 22 observationer i hver gruppe. Hvis forskellen mellem den gennemsnitlige varighed af sygedagpengeperioden for kontrolgruppen og interventionsgruppen kunne reduceres med $\frac{1}{4}$ (dvs. interventionsgruppens gennemsnitlige varighed til afklaring var 39 uger og SD 20 uger) ville det nødvendige deltagerantal øges til 67 i hver gruppe.

Det blev forudsat, at der kunne rekrutteres 2x20 sygemeldte med kroniske smerter fra hver af de tre kommuner i løbet af en inklusionsperiode på 12 måneder, således at der i alt ville indgå 120 deltagere i undersøgelsen.

Ifølge protokollen skulle de sygemeldte inkluderes i undersøgelsen over 12 måneder med en efterfølgende opsamlingsperiode på 12 måneder. Da der efter 12 måneder viste sig at være færre randomiseret end de 120 sygemeldte, som var målet, besluttede projektgruppen ikke at forlænge dataindsamlingen, da rekrutteringen var vanskelig, og de barrierer, der fandtes for de sygemeldte med hensyn til afklaring af deres forsørgelsesgrundlag, allerede var blevet tydelige og ville kunne beskrives. Konsekvensen af beslutningen var dog en risiko for type II fejl, hvilket er risikoen for at en eventuel effekt af interventionen overses på grund af en for lille stikprøve.

6.1.4 Randomisering

Til hver sagsbehandler i samarbejdsprojektet blev der udleveret en projektmappe med et kort resumé af undersøgelsen baggrund, tale- og handleguide, informationsmateriale samt samtykkeblanket til den sygemeldte. I projektmappen lå et inklusionsskema, som i udfyldt stand skulle sendes til projektlederen, når sagsbehandleren skønnede, at den sygemeldte var kandidat til at indgå i undersøgelsen. Alle dokumenter i projektmappen var forsynet med et identifikationsnummer, der også angav, hvilken kommune den sygemeldte boede i.

Sygemeldte, der efter mundtlig og skriftlig information afgav samtykke til at deltage i undersøgelsen, blev ved lodtrækning delt mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen. For at sikre en hensigtsmæssig fordeling mellem de to grupper, blev lodtrækningen stratificeret med følgende variable: kommune (Nyborg, Odense, København), køn (mand, kvinde), alder (<40 år, 40-49 år og 50+ år) samt etnicitet (dansk, ikke-dansk). Den stratificerede randomisering blev foretaget i programmet Minim (13).

Resultatet af randomiseringen blev meddelt den sygemeldte i et brev, ligesom jobcenter, smertecenter og vedkommendes praktiserende læge blev orienteret om deltagelse i undersøgelsen.

6.1.5 Data og instrumenter til generering af data

Følgende data blev genereret i forbindelse med den randomiserede undersøgelse:

- Helbredsparametre (smerter, generelt helbred, søvn, livskvalitet, depression, angst, funktionsniveau)
- Forsørgelsesgrundlag (indtægtskilde, civilstatus, eventuelle anke- eller klagesager)
- Spørgsmål om tilfredshed med forløb og udkomme af sagsforløbet

Data blev indhentet ved hjælp af følgende instrumenter: inklusionsskema, spørgeskemaer, logbøger og registerdata.

Inklusionsskemaer:

Den oprindelige procedure omkring inklusion var, at egnede kandidater skulle udpeges af sagsbehandleren i den rækkefølge, de blev indkaldt til obligatoriske opfølgningssamtaler. Metoden blev valgt for at sikre, at alle egnede kandidater fik tilbud om deltagelse, og at der ikke foregik en subjektiv selektion. Ved samtalen skulle sagsbehandleren udfylde et inklusionsskema (bilag 6). Til at vejlede sagsbehandleren var der forud for undersøgelsen fremsendt en projektmappe, der indeholdt information om undersøgelsen, spotliste for sygemeldte med komplekse kroniske smerter (bilag 3 og 4) og en tale- og handleguide (bilag 5).

Sygemeldte, der på baggrund af inklusionsskemaet skønnedes egnede til undersøgelsen, blev først mundtligt informeret af sagsbehandleren, og fik herefter udleveret skriftlig information om undersøgelsen (bilag 1). Hvis den sygemeldte herefter ønskede at deltage skulle vedkommende udfylde samtykkeerklæringen og sende den til projektlederen.

Inklusionsskemaerne blev udfyldt af sagsbehandleren med oplysninger om den sygemeldte (køn, alder, antal år med smerter og ledsagefænomener (se bilag 6)). Inklusionsskemaerne blev herefter faxet eller sendt til projektlederen. Efter modtagelsen af inklusionsskemaet gennemførte projektlederen lodtrækning (randomisering).

Oplysninger fra inklusionsskemaerne blev anvendt til analyse af eventuelle forskelle mellem sygemeldte, der ønskede at deltage og de, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen.

Logbøger:

I projektmappen til sagsbehandlerne lå en logbog til indhentning af supplerende data (bilag 7). Desuden blev der sendt separate logbøger til smertecentrene (bilag 8). I disse skulle hhv. sagsbehandlere og personale i smertecentre løbende føre notater om ressourceforbrug og datoer for centrale emner, så som ophør af sygedagpenge og henvisning til og afslutning fra smertecentrene. Oprindeligt skulle data om de sygemeldtes afklaring og afslutning af sygedagpengeperioden indhentes fra de omtalte logbøger. Dette blev imidlertid ændret således, at disse oplysninger blev indhentet fra spørgeskema 2. Udover den løbende udfyldelse af logbøger skulle sagsbehandlerne i kommunerne ved deltagerens afslutning i undersøgelsen, dog senest 12 måneder efter randomisering, angive dato for ophør af sygedagpenge og hvilke ydelser fra det offentlige den enkelte eventuelt modtog efter afslutning af et sygedagpengeforløb. Logbøgerne blev dog ikke udfyldt successivt, men typisk i forbindelse med en opsamlingsrunde i løbet foråret 2009, ofte måneder efter sygedagpengeforløbets afslutning. En stor del af logbøgerne blev udfyldt af en sagsbehandler eller anden person uden kendskab til den sygemeldte på baggrund af de kommunale sagsmapper. Svarene afspejlede typisk den sygemeldtes status på tidspunktet for udfyldelsen af logbøgerne og ikke som planlagt, ved ophør af sygedagpenge eller senest 12 måneder efter randomisering.

I spørgeskema 2, der blev fremsendt til de sygemeldte fra projektlederen 12 måneder efter randomisering, indgik ligeledes spørgsmål om forsørgelsesgrundlag.

Disse svar stemte tidsmæssigt bedre til vurdering af den primære effekt og er derfor anvendt i analysen.

Under forløbet i smertecentrene skulle behandlerne her udfylde en logbog med angivelse af tidsforbrug og datoer for start og afslutning på interventionen. Logbøgerne blev dog ikke udfyldt successivt, men blev udfyldt af en tredje part ved en opsamlingsrunde i løbet foråret 2009. For de fleste deltageres vedkommende flere måneder efter afslutning. Data om ventetider i smertecentrene blev indhentet ved gennemgang af journalmateriale. Data fra logbøgerne blev anvendt til analyse af antal speciallægeerklæringer, psykologudredninger osv. samt til tidsforløbet i smertecentrene.

Spørgeskemaer:

De sygemeldte med komplekse kroniske smerter, der deltog i undersøgelsen, blev bedt om at udfylde to spørgeskemaer i projektperioden. Spørgeskema 1 blev udfyldt ved baseline og indeholdt spørgsmål om smerteintensitet (VAS skala) og helbred (EQ5D) samt depressions test (HAD), funktionsniveau, uddannelse og sociale forhold. Spørgeskema 1 blev udleveret af sagsbehandleren ved information om undersøgelsen og blev returneret sammen med en underskrevet samtykkeerklæring, der var en forudsætning for deltagelse.

Spørgeskema 2 skulle udfyldes 12 måneder efter randomisering og blev fremsendt per post til den sygemeldte af projektlederen. Spørgeskema 2 indeholdt de samme spørgsmål som spørgeskema 1, dog med tilføjelse af spørgsmål om tilfredshed med tidsforbrug og udfald af sagsbehandlingen. Der blev sendt en skriftlig rykker efter 14-30 dage og derefter blev der rykket telefonisk.

Data fra spørgeskemaerne blev brugt til at sammenligne helbredsmæssige og sociale forhold mellem sygemeldte i interventions- og kontrolgruppen. Spørgeskema 2 blev også brugt til at analysere den primære effekt, om der var forskel på graden af afklaring væk fra sygedagpenge grupperne i mellem. Der var 16 besvarelser af spørgeskema 2 (70 %) fra sygemeldte i interventionsgruppen og 22 (88 %) fra sygemeldte i kontrolgruppen.

Registerdata:

I protokollen var det planlagt at indhente et registerudtræk med henblik på at beskrive forskelle i forbrug af ydelser fra det primære og sekundære sundhedssystem. I betragtning af det lave antal inkluderede sygemeldte og ensartetheden i data grupperne imellem besluttede projektgruppen at afstå fra disse analyser. Registerdata skulle have været anvendt til besvarelse af den sekundære effekt 4.

6.1.6 Analyser

Der blev gennemført en statistisk analyse af forskelle mellem de deltagere, der indsendte et inklusionsskema, men som ikke indsendte en samtykkeerklæring (dvs. ønskede ikke at deltage i undersøgelsen). De to grupper blev sammenlignet i forhold alder, køn og etnicitet.

Desuden analyseredes forskelle i demografiske og helbredsmæssige forhold ved tidspunktet for randomisering mellem deltagere i interventions- og kontrolgruppen.

Endelig blev forskelle ved den afsluttende dataindsamling analyseret for de to grupper. Der er analyseret i forhold til de returnerede svar, hvilket er en afvigelse fra den traditionelle "intention to treat" analyse, hvor data fra alle inkluderede deltagere indgår i analysen. En sådan analysestrategi ville kræve at manglende data blev erstattet. Selvom der findes forskellige principper herfor (fx "baseline carried forward" eller "mean impuation"), så blev det vurderet, at datamaterialet ikke var tilstrækkeligt solidt til at retfærdiggøre denne analysetilgang. Analysen har således en beskrivende karakter.

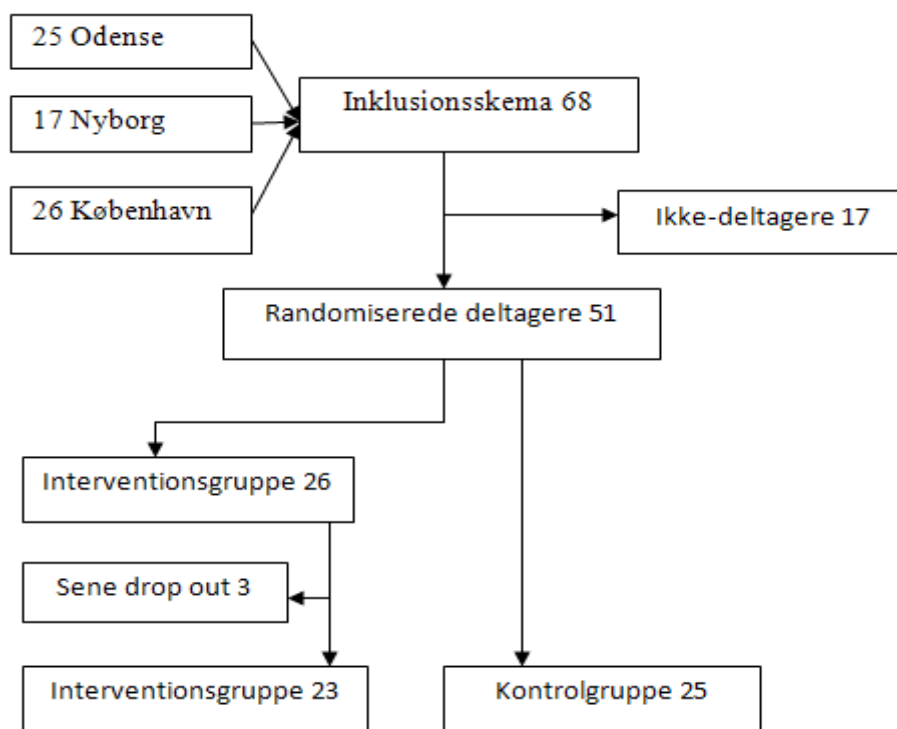
Til at vurdere om der er forskelle mellem to grupper, er der gennemgående anvendt ikke-parametriske statistiske test. Forskelle i fordelingen af kategoriske variable er testet med chi-i-anden test, mens forskelle i kontinueret variable er testet med Mann-Whitney test. P-værdier mindre end 0,05 betragtes som statistisk signifikans.

6.2 Resultater

6.2.1 Karakteristik af deltagere i undersøgelsen

Der blev i undersøgelsesperioden udfyldt inklusionsskemaer for 68 sygemeldte, af hvem 51 (75 %) blev inkluderet (figur 7.3.1.). Inklusionsskemaerne kom fra Odense (25 sygemeldte), Nyborg (17 sygemeldte) og Københavns kommuner (26 sygemeldte).

Figur 3. Oversigt over deltagere i den randomiserede undersøgelse. I alt blev 51 randomiseret, hvoraf 48 indgik i de endelige interventions-(n=23) og kontrolgrupper(n=25). Tre deltagere udgik efter randomisering idet det viste sig at de ikke opfyldte inklusionskriterierne.



Blandt de 68 deltagere, for hvem der blev indsendt inklusionsskema, blev samtykkeerklæringen ikke returneret for 17 (25 %) sygemeldte. For disse personer blev der ikke indsamlet ret mange oplysninger, der giver mulighed for at beskrive forskelle mellem deltagere og ikke-deltagere i undersøgelsen (tabel 5). Bedømt ved chi2-test var der signifikant flere deltagere med ikke-dansk baggrund i gruppen, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen.

Tabel 5. Sammenligning mellem deltagere (randomiserede) og sygemeldte, for hvem der blev indsendt inklusionsskemaer men ikke kom samtykkeerklæring (ikke-deltagere).

Emne	Deltagere (n=51)	Ikke-deltagere (n=17)	p-værdier
Alder (median)	45 år	47 år	0,29
Køn	10 mænd (20 %), 41 kvinder (80 %)	7 mænd (44 %), 10 kvinder (59 %)	0,80
Etnicitet	45 (88 %) med dansk oprindelse	11 (65 %) med dansk oprindelse	0,03

Efter randomisering blev tre sygemeldte fra interventionsgruppen ekskluderet (angivet som sene drop out). Det drejede sig om en sygemeldt fra Nyborg og to fra Odense. Sygedagpengemodtageren fra Nyborg var ikke sygemeldt på grund af smerter. Ved samtalen med speciallægen viste det sig, at sygemeldingen var på baggrund af stress og depression. Den sygemeldte havde smerteklager blandt andet på grund af slidforandringer i leddene, men havde aldrig haft sygedage af den grund. For de 2 sygemeldte fra Odense forholdt det sig således, at den ene ikke var sygemeldt på randomiseringstidspunktet, da vedkommende havde raskmeldt sig, og for den anden havde behandling af smerten, som den sygemeldte var sygemeldt for, gjort den sygemeldte smertefri gennem 6 til 8 uger op til samtaletidspunktet. For alle tre sygemeldte blev det vurderet, at de ikke opfyldte inklusionskriteriet om at være sygemeldt på grund af komplekse kroniske smerter. Disse deltagere er derfor ekskluderet i de videre analyser.

En sygemeldt, der var randomiseret til interventionsgruppen blev af ukendte årsager ikke indkaldt til speciallægeerklæring/funktionsbeskrivelse. Den sygemeldtes data fra spørgeskema 1 og 2 samt logbøger fra de respektive kommuner er medtaget i det samlede materiale. Det er valgt at medtage disse data under interventionsgruppen, idet sagsbehandleren i kommunen kan have handlet og truffet afgørelser i forventning om, at der blev udarbejdet en speciallægeerklæring og en funktionsbeskrivelse. Der blev dog ikke rykket for materiale på den sygemeldte fra nogen i den involverede kommune.

I tabel 6 er listet karakteristika for sygemeldte i henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Bedømt ved chi2-test og Mann-Whitney test findes der ingen statistisk signifikant forskel mellem grupperne. Angst og depression er bedømt ved Hospital and Anxiety Depression scale. Den gennemsnitlige score fremgår af tabellen. Disse data er også analyseret i forhold til, om deltagernes score er på 8 eller derover (dvs. tegn på tilstedeværelsen af henholdsvis angst eller depression). I både interventionsgruppen og kontrolgruppen havde 14 deltagere (henholdsvis 61% og 56%) indikation for angst, og 11 og 10 deltagere (henholdsvis 48% og 40%) havde indikation for depression.

Tabel 6. Karakteristika for sygemeldte inkluderet i undersøgelsen fordelt på interventions- og kontrolgruppe.

Emne	Interventions- gruppe (n=23)	Kontrolgruppe (n=25)	p- værdier
Køn (%)	4 mænd (17) 19 kvinder (83)	5 mænd (20) 20 kvinder (80)	0,82§
Alder (median, år)	45	43	0,63§§
Civilstatus – gift/samlevende***** (%)	15 (65)	17 (68)	0,84§
Smerteintensitet *(gennemsnitlig) (0 til 10)	6,1	5,9	0,66§
Smerteudbredelse** (%)			
Hoved	9 (39)	12 (48)	0,54§§
Nakke	4 (17)	7 (28)	0,88§§
Skuldre	4 (17)	3 (12)	0,52§§
Lænd	13 (57)	11 (44)	0,15§§
Ben	9 (39)	16 (64)	0,09§§
Generelt helbred*** (0 til 100)	29	34	0,27§§
Angst****	9,3	8,6	0,58§§
Depression****	7,5	7,1	0,77§§
Daglig aktivitet (hæmning)*****	75,4	77,5	0,52§§
Sum af gennemsnit			
Antal anke /klage /forsikringsager i alt for gruppen *****(%)	11 (48)	8 (35)	0,29§§

*Smerteintensiteten er målt på en visuel analog skala (VAS) fra 0 til 10, hvor 0 er ingen smerter og 10 det værst tænkelige. Her er medtaget den gennemsnitlige smerte i de sidste 24 timer. **Smerteudbredelse fordelt på anatomiske regioner: Flere sygemeldte har ondt i flere regioner. ***Generelt helbred er målt på en VAS-skala fra 0 til 100, hvor 0 er det værst tænkelige og 100 det bedst tænkelige helbred. ****Angst og depression er målt via Hospital Anxiety and Depression skema (HAD). *****Hæmning af daglig aktivitet er målt via Disability Rating Index (DRI) for 12 daglige aktiviteter, hvor 0 er ingen hæmning og 100 svare til at aktiviteten er udelukket. *****Civilstatus er angivet i antal sygemeldte og *****anke-, klage- og forsikringsager er angivet i antal sager i hver gruppe. Statistisk testning beror på §:chi2-test og §§:Mann-Whitney

For udvalgte, klinisk betydende parametre som smerteintensitet og graden af angst og depression er der foretaget sammenligninger ved start (spørgeskema 1) og 12 måneder senere (spørgeskema 2). Der blev ikke fundet signifikante forskelle grupperne imellem (tabel 7).

Tabel 7. Udvalgte, klinisk betydende forhold for alle sygemeldte ved start og ved afslutning. Bedømt ved hjælp af Mann-Whitney test er der ingen signifikant forskel fra start til slut 12 måneder efter randomisering i nogen af grupperne. Der er ikke foretaget korrektion for manglende observationer ved afslutning af observationsperioden i det tallene i forvejen er små.

Emne	Interventionsgruppe				Kontrolgruppe			
	Start (n=23) *	Slut (n=16) *	Differ ens	p- værdi	Start (n=25) *	Slut (n=22) *	Differ ens	p- værdi
Smerteint nsitet (gennemsn it)	6,1	6,4	0,3	0,93	5,9	5,8	-0,1	0,45
Angst	9,3	9,3	0	0,97	8,6	9,0	0,4	0,58
Depression	7,5	7,5	0	0,97	7,1	8,4	1,3	0,20

* Forskellen i antal deltagere fra start til slut skyldes færre spørgeskemaer returneret efter 12 måneders opfølgning.

6.2.2 Udkomme i forhold til de forventede effekter

Data for afklaring væk fra sygedagpenge blev stratificeret til de enkelte kommuner og det vurderes ikke, at der var særlige forskelle. I Nyborg kommune var antallet af sagsbehandlere, der var involveret i undersøgelsen (4 sagsbehandlere til 17 sager) det laveste blandt alle deltagende kommuner, og det kunne have givet anledning til en anden afklaringsprofil i forhold til sygemeldte, der havde skiftende sagsbehandlere. Dette var dog ikke tilfældet.

Sygemeldte, der ophører med sygedagpenge efter en længere sygedagpengeperiode, vil for manges vedkommende ikke blot blive raskmeldte og genoptage arbejde på ordinære betingelser. I nedenstående tabel 8 er listet, hvilket forsørgelsesgrundlag de sygemeldte har 12 måneder efter randomisering. Forsørgelsesmulighederne er i skemaet sat op svarende til svarmulighederne i spørgeskema 2. Bedømt ved chi²-test er der ingen forskel mellem grupperne.

Tabel 8. De sygemeldtes forsørgelsesgrundlag 12 måneder efter randomisering.

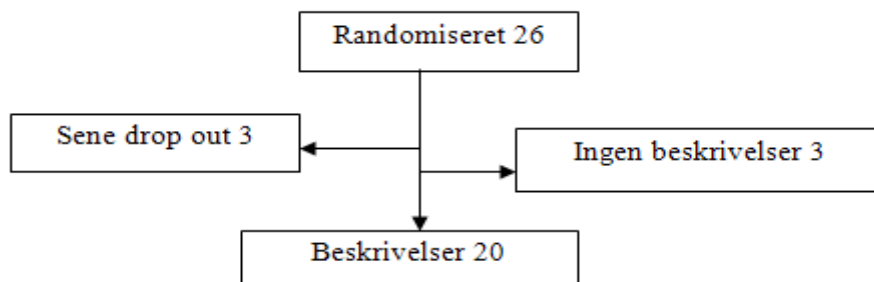
Emne	Interventionsgruppe Spørgeskema 2 n=16 (%)	Kontrolgruppe Spørgeskema 2 n=22 (%)	p- værdier
Almindelige vilkår*	0	2 (8)	0,22
Fleksjob*	1 (6)	1 (4)	0,82
Førtidspension*	4 (25)	3 (17)	0,37
Revalideringsydelse*	1 (6)	2 (8)	0,75
Statens uddannelsesstøtte*	0	1 (4)	0,39
Kontanthjælp**	0	1 (4)	0,39
Sygedagpenge**	9 (56)	11 (50)	0,92
Arbejdsløshedsunderstøttelse/ Ledighedsydelse**	1 (6)	1 (4)	0,82

*Stabil forsørgelse. **Ustabil forsørgelse.

Det blev undersøgt, om der er forskel grupperne imellem, når afklaring væk fra sygedagpenge var til forsørgelse af varig (stabil) eller midlertidig (ustabil) karakter. I interventionsgruppen var 6 ud af 16 (38 %) efter 12 måneder på stabil forsørgelse og 10 ud af 16 (62 %) på ustabil forsørgelse. De tilsvarende tal for kontrolgruppen var 9 ud af 22 (41 %) på stabil- og 13 ud af 22 (59 %) på ustabil forsørgelse. Statens Uddannelsesstøtte og revalideringsydelse er taget med i gruppen af stabil forsørgelse, vel vidende at det er midlertidig forsørgelse. Man forventer imidlertid, at personer på disse ydelser efter endt uddannelse kan forsørge sig selv på ordinære vilkår. Bedømt ved chi²-test var der igen forskel mellem grupperne - p-værdi på 0,83 hos begge.

En af de problemstillinger, der blev fokuseret på fra kommunernes side ved projektstart var, i hvilken udstrækning der ville være ventetid på indkaldelse og beskrivelse i smertecentrene. Nyttens af samarbejdet afhang meget af ventetidens længde og kunne i værste fald være en hindring for at de sygemeldte blev visiteret til at deltage i undersøgelsen, eller betyde at afklaring af sygedagpengemodtagere blev forsinket. I figur 4 er redegjort for antallet af beskrivelser fra smertecentrene.

Figur 4. Oversigt over antal beskrivelser fra smertecentrene på deltagere i interventionsgruppen.



Sen drop out er beskrevet i afsnit 7.3.1. Af de 3 sygemeldte der ikke fik udformet en funktionsbeskrivelse, var en afklaret til fleksjob på tidspunktet for beskrivelse, en var fraflyttet kommunen inden beskrivelsen skulle finde sted, og for en var dokumenterne bortkommet i smertecentret.

Som det fremgår af figur 4, fik 20 (87 %) af de 23 sygemeldte udfærdiget en beskrivelse. For de tre sygemeldte der manglede at få udfærdiget en beskrivelse, var en (N211) sygemeldt på randomiseringstidspunktet, men afklaret til fleksjob på samtale tidspunktet i smertecentret, en (K032) meldte afbud til konsultation i smertecentret på grund af flytning fra kommunen og en (K023) blev af ukendte årsager aldrig indkaldt til samtale.

Ventetiden fra randomisering til afsendelse af beskrivelsen var for smertecentrene i median 53 dage og fra henvisningen kom fra kommunerne til afsendelse af beskrivelsen 39 dage. For sygemeldte, der blev randomiseret til interventionsgruppen, skulle der fra sagsbehandleren i kommunen ske henvisning til smertecentret, hvorfra den sygemeldte ville blive indkaldt. For 5 af de sygemeldtes vedkommende kom der aldrig en henvisning og for de øvrige var der forsinkelser. Den eneste grund til at man i smertecentrene kendte til de sygemeldte og deres status som deltagere i interventionsgruppen, var fra en kopi af randomiseringsblanketten fra projektlederen. Der var også forsinkelser i den videre procedure i smertecentrene for 6 sygemeldte: Tre blev forsinket på grund af forglemmelser i smertecentrene (K105, N214, O467), en (K016) blev forsinket fordi vedkommende blev henvist til udredning hos en psykiater, en (O436) var under arbejdsprøvning parallelt med forløbet i smertecentret og resultatet af denne afprøvning blev indarbejdet i beskrivelsen, og endelig blev en (O406) forsinket, fordi det ikke lykkedes at få kontakt til sagsbehandleren i kommunen med henblik på et samarbejde. Der blev fra sagsbehandlerne ikke rykket for beskrivelse på nogen sygemeldte randomiseret til interventionsgruppen.

Der blev udfyldt logbøger for i alt 45 (94 %) af de sygemeldte, fordelt på 23 sygemeldte i interventionsgruppen og 22 i kontrolgruppen. Der manglede tre logbøger, alle fra sygemeldte i kontrolgruppen. Materialet var for dårligt angående antallet af personlige møder og telefonkontakter. Der er derfor ikke lavet analyse af disse data. Bedømt ved chi²-test vurderes der ikke at være forskel grupperne imellem hvad angår antal speciallægeerklæringer, psykologiske udredninger, status fra praktiserende læger samt antal henvisninger til eksterne samarbejdspartnere (tabel 9). Antallet af statuserklæringer fra de praktiserende læger er lige akkurat signifikant mindre i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen, men da tallene er små ændre det ikke på den overordnede vurdering.

Tabel 9. Antal erklæringer og vurderinger for interventionsgruppen og kontrolgruppen.

Emne	Interventionsgruppe (%) (n=23)	Kontrolgruppe (%) (n=22)	p-værdi
Speciallægeerklæringer	2(8,7)	2(9,1)	0,96
Psykologisk udredning/vurdering	4(17)	2(9,1)	0,41
Status fra praktiserende læge/journalkopier	17(74)	21(95)	0,05
Henvisning til eksterne samarbejdspartnere	12(52)	12(55)	0,87

Resultaterne fra spørgsmålene om hvorvidt de sygemeldte var tilfredse med forløb og resultat af sagsbehandlingerne blev analyseret for sygemeldte, der var afklaret til stabil og varig forsørgelse i forhold til de, der ikke var afklaret, uanset om de havde været randomiseret til interventionsgruppen eller ej. Der blev videre foretaget dataanalyse for resultaterne opdelt efter om de sygemeldte (afklarede kontra ikke afklarede) havde været i interventionsgruppen eller ej. Der fandtes ikke forskel mellem grupperne.

6.3 Sammenfatning og diskussion

En randomiseret undersøgelse, hvori halvdelen af deltagerne modtog smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel og den anden halvdel fulgte sædvanlig sagsbehandling, viste ingen forskel på, hvor hurtigt de sygemeldte i de to grupper blev afklaret og kom væk fra sygedagpenge til andet forsørgelsesgrundlag.

Der fandtes ingen forskel mellem grupperne i forhold til hvilket forsørgelsesgrundlag deltagerne havde ved 12 måneders opfølgning. Der vurderes heller ikke at være forskel mellem de to grupper i forhold til forbrug af sundhedsydelse i form af statuserklæringer, speciallægeerklæringer, psykologiske udredninger og andre eksterne samarbejdspartnere. I forhold til tilfredshed med forløb og udkomme af sagsbehandling var der heller ingen forskel mellem de to grupper.

På baggrund af en styrkeberegning blev der stilet mod at inkludere i alt 120 deltagere, men det lykkedes kun at inkludere 51, hvoraf tre efterfølgende udgik. Den manglende inklusion af deltagere var forårsaget af en vanskelig rekruttering af sygemeldte i sygedagpengeafsnittene i kommunerne. Det blev i projektgruppen diskuteret om rekrutteringsperioden skulle udvides, men det blev besluttet, at de barrierer der var for at få sygemeldte med smerter involveret i studiet var tydelige og ville kunne beskrives. Det er ikke projektgruppens vurdering, at rekruttering af i alt 120 deltagere ville have ændret på de opnåede resultater og de efterfølgende konklusioner. Selv om det ønskede antal deltagere var blevet inkluderet i undersøgelsen, ville barriererne for samarbejdet have været så dominerende, at der ikke ville kunne forventes positive effekter af interventionen.

7 Afprøvning af samarbejdsmodellen; erfaringer

I dette kapitel undersøges det hvorvidt følgende to sekundære effekter er opnået:

- Kommunale sagsbehandlere oplever at få et bedre beslutningsgrundlag for afklaring af forsørgelsesgrundlag for sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel i forhold til udredning for sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb.
- De involverede fag-professionelle aktører (kommunale sagsbehandlere, sociallæger, smertecentre og praktiserende læger) oplever bedre tværsektoriel koordinering og samarbejde i forhold til sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede samarbejdsmodel end sygemeldte, som følger det vanlige sagsbehandlingsforløb.

Derudover udbygges undersøgelsen af den i kapitel 6 beskrevne effekt om tilfredshed med sagsforløbet og dets udfald blandt sygemeldte, der deltager i smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel.

7.1 Data

Data udgøres af interviews med sagsbehandlere og sygemeldte, udført i perioden oktober 2008 til marts 2009, samt et spørgeskema til lægekonsulenterne. En række forhold beskrevet nedenfor (punkt 1-4) har betydet at kun få af de ellers planlagte interviews kunne gennemføres og med meget få informanter. Da praktiserende læger ikke indgår som en aktørgruppe (se afsnit 8.4) er der ikke genereret data for deres eventuelle erfaring.

1. Der er udført individuelle interviews med to sagsbehandlere der har erfaring med sygedagpengesager, hvor der er udarbejdet en speciallægeerklæring og en funktionsbeskrivelse i et smertecenter.

I de tre Jobcentre betød personaleflowet at ganske få sagsbehandlere med denne erfaring var tilgængelige for interviews: I *Jobcenter København, Sygedagpenge* havde 12 sagsbehandlere henvist 26 sygemeldte. Af de 12 havde fem erfaring med sygemeldte i interventionsgruppen. Ved undersøgelsens afslutning var ingen af de fem sagsbehandlere tilgængelige for interviews: tre havde orlov og to var rejst fra kommunen. I *Jobcenter Odense* havde otte sagsbehandlere henvist 25 sygemeldte. Af de otte havde tre erfaring med sygemeldte i interventionsgruppen. Ved undersøgelsens afslutning var en af sagsbehandlerne tilgængelig for interviews, en havde orlov og den sidste var rejst fra kommunen. I *Jobcenter Nyborg* havde fire sagsbehandlere henvist 17 sygemeldte, og havde alle erfaring med sygemeldte i interventionsgruppen. Ved undersøgelsens afslutning indvilgede en af sagsbehandlerne i at deltage i et interview selvom hun, på linje med de tre andre, havde forladt jobcentret.

2. To af de tre lægekonsulenter der deltog i interviews ved projektstart (se kapitel 8) har besvaret et spørgeskema, efterfulgt af en telefonsamtale med den ene. Det har ikke været muligt at få kontakt til den tredje lægekonsulent.

I spørgeskemaet blev der spurgt til lægekonsulentens kendskab til sygedagpengesager, hvor der var udarbejdet speciallægeerklæring og funktionsbeskrivelse i et smertecenter, og til det oplevede udbytte. Da de to lægekonsulenters erfaring begrænsede sig til en enkelt sag hver, blev et interview fravalgt.

3. Ingen med erfaring i at udforme dokumentation i et smertecenter er interviewet.

Da de fire, der som ansatte i de to smertecentre har denne erfaring, samtidig indgår i projektgruppen er et interview fravalgt. Sagsbehandleren, ansat i Jobcentret i København, der havde varetaget skrivning af funktionserklæringer i smertecentret i Herlev var på orlov og ikke tilgængelig for interview.

4. Syv sygemeldte med komplekse kroniske smerter er interviewet 1-1½ år efter at de i forbindelse med undersøgelsen er udredt i et smertecenter. Tabel 11 viser baggrundsuplysninger for informanterne.

I forbindelse med udsendelsen af et spørgeskema ved 12 måneders opfølgning, blev deltagerne i den randomiserede undersøgelse spurgt om de ønskede at deltage i et fokusgruppeinterview. Tidspunktet blev valgt på baggrund af en forventning om at sygedagpengeforløbet var afsluttet, og det fremtidige forsørgelsesgrundlag afklaret.

Deltagere i interventionsgruppen, der skriftligt accepterede at deltage i et interview blev kontaktet telefonisk for at aftale sted og tidspunkt for dette. Af de 23 sygemeldte (18 kvinder og 5 mænd) der indgik i undersøgelsens interventionsgruppe accepterede otte at deltage i et interview. En udeblev fra interviewaftalen hvorfor i alt syv (seks kvinder og en mand) deltog i interviews.

Tabel 10: Informanters (fiktive) navn, køn, deres alder og civilstand, samt varighed af nuværende sygemelding og afklaring på tidspunktet for interview.

Navn	Køn	Alder	Civilstand	Sygemelding	Afklaring
Alice	Kvinde	42 år	Enlig	ca. 1½ år	Ingen*
Bodil	Kvinde	54 år	Gift/samlevende	ca. 3 år	Arbejdsplads revalidering
Camilla	Kvinde	46 år	Enlig	ca. 1½ år	Ingen
Dan	Mand	56 år	Enlig	ca. 2 år	Ingen
Ellen	Kvinde	31 år	Gift/samlevende	ca. 1½ år	Fleksjob**
Frida	Kvinde	45 år	Gift/samlevende	ca. 3 år	Førtidspension
Gerda	Kvinde	42 år	Gift/samlevende	ca. 1½ år	Førtidspension

*Vedkommende er henvist til et behandlingsforløb i smertecenter, forløbet er igangværende på tidspunkt for interview. ** Vedkommende er henvist til et behandlingsforløb i smertecenter, forløbet er afsluttet på tidspunkt for interview.

Som det ses af tabel 10 var sygedagpengeforløbet for tre af informanternes vedkommende uafsluttet på tidspunktet for interviewet. Alle syv informanter havde i forbindelse med undersøgelsen deltaget i et ambulante udredningsforløb i et smertecenter. To af informanterne er efterfølgende, og udenfor undersøgelsen, indgået i et behandlingsforløb i et smertecenter. Seks af informanterne er etniske danskere, alle er tildelt et fiktivt navn med det formål at kunne citere dem uden at afsløre deres identitet.

7.1.1 Analyser

Alle interviews er optaget på bånd og efterfølgende fuldt transskriberet (fra tale til skrift med tilstræbt ensartet ordlyd) af en studenterhjælp. Alle interviews er kodet i databehandlingsprogrammet Nvivo (42). Koderne er valgt med baggrund i interviewguiden og efterfølgende samlet i temaer. Analysen består i en proces der inkluderer læsning, kodning og omkodning af hvert interview efterhånden som temaer udvikles og indbyrdes afgrænses. Undervejs foregår en tolkning af teksten hvor der søges efter såvel mønstre og sammenhænge som afvigelser; i hvert interview og efterfølgende på tværs af interviews.

Interviews med sagsbehandlere ved afslutningen af projektperioden varer ca. en time. Forud for interviewet er sagsbehandlernes programteori tilsendt informanterne (ingen af dem har deltaget i interviews i starten af projektperioden), Udgangspunktet for interviewet er den konstruerede programteori, hvorefter de konkrete erfaringer fra projektet drøftes (se kapitel 8 for interview og programteori).

Interviews med sagsbehandlerne er kodet i temaerne; 'kompetenceudvikling', 'dokumentation', 'samarbejde', 'projekter' og 'fremtid'.

Ved interviews med sygemeldte anvendes fænomenologisk teori, hvor fokus er på menneskers oplevelser af givne fænomener. Fokusgruppeinterview er valgt fordi gruppeprocessen, når den fungerer godt, giver adgang til viden om kompleksiteten i betydningsdannelser og i sociale praksisser (43). Det lykkes at samle de tre første kvinder der har indvilget i interview, til et fokusgruppeinterview. En mand, der på samme tidspunkt har indvilget i interview, ønsker et individuelt interview, hvilket imødekommes. De efterfølgende tre kvinder er af praktiske årsager ligeledes interviewet enkeltvis. De to første interviews (et fokusgruppeinterview og et enkeltinterview) er foregået på smertecentret i Herlev og de resterende på Syddansk Universitet. Fokusgruppeinterviewet varer to timer og de individuelle interviews ca. en time hver. Alle interviews tager udgangspunkt i en løst struktureret interviewguide. Fokusgruppeinterviewet indledes med at bede hver informant om kort og konkret at beskrive forløbet fra sygemelding til en evt. afklaring. Dette resulterer i en indbyrdes snak hvor informanterne kommenterer og sammenligner erfaringer. Moderator søger at styre samtalen således at alle får taletid og således at følgende emner indgår i samtalen: i) forventninger til og information i forløbet, ii) erfaring med sagsbehandling i jobcenter og udredning i smertecenter, iii) samarbejde

mellem social- og sundhedsvæsen og iv) hvilke forhold der har betydning for et tilfredsstillende forløb. I de efterfølgende individuelle interviews er informanten ligeledes bedt om at beskrive forløbet fra sygemelding til en evt. afklaring og interviewer spørger til ovenstående emner i den udstrækning informanten ikke selv kommer omkring dem i sin fortælling.

Da fokus er på erfaringer med sygedagpengeforløb, hvori der indgår udfærdigelse af et dokument i et smertecenter, er interviews kodet i temaerne:

- 'Sygemelding'
- 'Sygedagpengeforløbet' med underkoderne: 'mødet med det sociale system', 'tid', 'den aktive sygemeldte', 'helbredsmæssig afklaring', 'samarbejde mellem social- og sundhedsvæsen', 'ventetid' og 'afklaring'

Imidlertid kan de valgte temaer ikke rumme en stor del af informanternes fortællinger; om det at have kroniske smerter og om den betydning smerterne har for deres liv. Det er emner som til dels allerede er beskrevet i en rapport om behandling af langvarig smerte (25). I rapportens afsnit om patienters erfaring med langvarig smerte (side 137-158) præsenteres en metaanalyse af 18 studier bedømt til at være af høj eller middelhøj kvalitet. Rapportens metaanalyse resulterer i fem hovedkategorier, der karakteriserer generelle problemområder for patienter med langvarige smerter:

- 'Den smertende krop' med underkategorierne: 'smerten i sig selv', 'træthed' og 'søvnforstyrrelser'
- 'Søge efter lindring' med underkategorierne: 'selvkontrol', 'lægemidler' og 'diagnose'
- 'Ønske om værdighed' med underkategorierne: 'tab af frihed', 'tab af værdighed' og 'håb og fortvivlelse'
- 'Den påtvungne nyorientering'
- 'Formidling af langvarig smerte'

Da kategorierne rummer forhold, der kommer til udtryk i de interviews, der er gennemført i nærværende undersøgelse, og da det formodes at anvendelsen af ensartede kategorier øger muligheden for at generalisere til en bredere kontekst, er det valgt at supplere med metaanalysens kategorier i kodningen af interviews med sygemeldte. Resultaterne af denne del af analysen indgår i afsnit 3.9, hvori de sygemeldtes perspektiv på komplekse kroniske smerter beskrives.

7.1.2 Anvendelse af citater

For at gøre resultaterne af interviews nærværende for læseren er der udvalgt og anvendt illustrerende tekststykker som citater. Citater er skrevet med *kursiv*, pause i talen er angivet med bindestreger. Udeladelser af tekst er angivet med tre prikker. Der er sat tegn i citaterne og enkelte steder er der indsat forklarende ord [i skarp parentes], alt sammen med det formål at øge læsbarheden. Informanterne er angivet

med deres profession eller tildelt et fiktivt navn (de sygemeldte) med det formål at kunne citere dem uden at afsløre deres identitet.

7.2 Resultater

7.2.1 Sagsbehandlere

Kompetenceudvikling:

Sagsbehandlerne oplever at både de selv og de praktiserende læger kan have svært ved, at vurdere om det er kroniske smerter, som den sygemeldte har. Der er en manglende opmærksomhed på at det kan være det, der er problemet. Derudover er det svært hvis der ikke er en klar og objektiv dokumentation for hvad årsagen er og hvordan prognosen er.

[Hvis] 'man i højere grad skulle til at tage den smerteproblematik til sig, som et grundlag for en sygemelding og også i forhold til en pensionstilkendelse så er der nogle ting, som halter meget bagefter. Både vores viden og de praktiserende lægers viden og vel egentlig også hospitalers viden om smerteproblematik. For det er jo egentlig en lidt diffus ting ... der mangler en klar diagnosticering på, hvad det er, hvad det gør, og hvad det betyder ... og det er det, den lægefaglige vurdering tit ikke kan, når det er en smerteproblematik' (sagsbehandler 1)

Der er behov for en øget opmærksomhed, hos såvel aktører i social- og sundhedsvæsenet som blandt sygemeldte, både på kroniske smerter og på hvad en sygemeldt med kroniske smerter kan tilbydes.

'Lave oplysning om hvad en smerteproblematik er ... det er jo en ny viden ... sygdommen har [hidtil] været et brud, som så gav smerter. Men når bruddet ikke er der mere og smerterne er der stadigvæk, er man så syg? (sagsbehandler 1)

Begge sagsbehandlere deltog i projektets informationstiltag og oplever at de selv er blevet mere opmærksomme på kroniske smerter.

'Det er ikke en problematik mere, hvor jeg siger: 'nå hvad er det nu for noget vrøvl'. Det gjorde man jo for nogle år siden. Altså smerte: 'bare tag en Panodil og kom videre' ... det er jo det jeg er blevet opmærksom på, at diffuse smerter er en lidelse for sig selv'(sagsbehandler 1)

'Du bliver lidt mere fokuseret på det, sagerne har jo garanteret været der altid'(sagsbehandler 2)

Dokumentation:

I smertecentret er der udarbejdet en speciallægeerklæring og en funktionsbeskrivelse der efterfølgende er sendt til jobcentret. For den sagsbehandler der har erfaring med en enkelt, nu afsluttet sag, havde dokumentationen fra smertecentret været anvendelig, men ikke af afgørende betydning for den endelige afklaring.

'Det er indgået sammen med andre helbredsmæssige oplysninger. Og jeg må indrømme, jeg kan ikke sige, at det var det, der sådan satte prikken over i'et. For det er indgået som en samlet del af det' (sagsbehandler 1)

Den anden sagsbehandler, der har erfaring med seks sager, mener at sagerne er afklaret hurtigere end de ellers ville være blevet, og at det har afkortet ventetiden.

'Det har i hvert fald haft en positiv virkning på nogle af de sager jeg har haft igennem, fordi de bliver afklaret meget hurtigere end de ellers ville være blevet. Så da har vi i hvert fald kunnet springe en hel del ventetid over, som der ellers ville have været. Og det har været rigtig dejligt' (sagsbehandler 2)

Da det ofte er sygemeldte med lange forløb, hvor flere specialer er involveret, mener sagsbehandlerne at det især er vigtigt at nogen er i stand til at samle trådene.

'jeg kan ikke godkende en smerteproblematik ud af det blå. Jeg skal have noget lægefaglig dokumentation på den ene eller anden måde. Og den lægefaglige dokumentation kan godt være ret løs i koderne' (sagsbehandler 1)

'De kigger jo hver kun på deres specialområde ... her blev det hele ligesom beskrevet samlet, man fik ligesom samlet trådene' (sagsbehandler 2)

En sagsbehandling tager udgangspunkt i et resourceskema med det formål at foretage en helhedsvurdering hvori der indgår såvel sociale som helbredsmæssige forhold. Alligevel oplever begge sagsbehandlere at de helbredsmæssige forhold er afgørende i forhold til tilkendelse af sociale ydelser.

'Man kan sige [der] er lidt af et skisma, for da resourceprofilen blev indført som arbejdsredskab, var målet jo, at vores socialfaglige vurdering skulle vægtes mindst lige så højt eller at det måske var den samlede socialfaglige vurdering, hvor det lægelige indgår som et delelement. Men jeg oplever altså stadigvæk, at nævnet sidder og kigger på det lægefaglige' (sagsbehandler 1)

'Det er i hvert fald den [lægeerklæringen] der vægter tungt. Det er jo helbredsmæssigt at både pension og fleksjob bliver vurderet. Så det har jo en betydning ... så er det måske en psykologisk eller psykiatrisk udredning, men det er jo også lægeligt ... jeg kan ikke lige komme i tanke om nogen sager, der er bevilget nogle af de store bevillinger i, hvor det alene er en sagsbehandlers funktionsbeskrivelse' (sagsbehandler 2)

Projektdeltagelse:

Det er problematisk at deltage i projekter. Dels er der travlt i hverdagen og dels kan det, at det er et projekt, med alt hvad det medfører, overskygge indholdet af et tiltag.

'Det, jeg har tænkt på, er et problem i forhold til det projekt der har kørt, det er at det er et forskningsprojekt, så er der en kontrolgruppe, og så er der en gruppe, der får de rigtige piller. Jeg synes, det skal gøres mere soleklart, hvad det er smertecentret kan. Hvad det kan tilbyde' (sagsbehandler 1)

Det er svært at informere i en organisation med stor udskiftning og hvor det er svært at samle alle, ifølge den ene sagsbehandler er det måske kun halvdelen af sagsbehandlerne der havde tid den dag der blev informeret om projektet. Derudover kan det opleves som belastende at skulle udfylde skemaer og lave henvisninger.

'Der var selyfølgelig en del papirarbejde. Og så oplevede vi jo, at det kun var hver anden vi henviste, der kom igennem dertil. Den anden del røg i kontrolgruppen' (sagsbehandler 2)

Fremtidigt samarbejde:

Udover en øget viden om kroniske smerter opleves der et behov for udredning og dokumentation. Der er et ønske om at de praktiserende læger bliver bedre til at henvise til smertecentrene og at der etableres en hurtig visitationsmulighed gerne i form af en konsulentfunktion, som kommunerne kan trække på.

'Et tilbud om en visitationsmulighed, som gik hurtigere eller måske en regional konsulent i forhold til de her sager, ligesom lægekonsulenten ... Kommunen kan jo henvise til et akutteam. Så kunne man lave en gruppe, som tog sig af de sygemeldte borgere [med kroniske smerter] i tæt samarbejde med læger og kommune' (sagsbehandler 1)

'Det kunne man afklare noget før, hvis man havde et eller anden visitationssystem bygget op. Måske kunne både kommunerne og den praktiserende læge henvise til det. Vi kunne så måske betale, ligesom vi gør med speciallægeundersøgelser' (sagsbehandler 2)

7.2.2 Lægekonsulenter

Medens den ene ikke rigtig kan huske indholdet af den sygedagpengesag, hvor der indgik dokumentation fra et smertecenter, er den anden lægekonsulents erfaring, at speciallægeerklæringen ikke er anvendelig.

Ifølge lægekonsulenten er problemstillingen højaktuel i sager hvor de objektive fund ikke kan begrunde den sygemeldtes funktionsnedsættende smerteklager. Problemet er hvilke sygemeldte der er dækket af diagnosen 'central sensibilisering'. Lægekonsulenten mener at central sensibilisering en forskningshypotese og ikke en diagnose, som der er grundlag for at stille i klinisk praksis, idet der ingen test er for diagnosen. Lægekonsulenten efterspørger objektive diagnostiske tests der kan anvendes ved sygemeldte der klager over smerter.

I den konkrete sag, som lægekonsulenten har erfaring med, er speciallægen i smertecentret kommet frem til at sygemeldte er nedslidt og har komplekse kroniske smerter med central sensibilisering. Da lægekonsulenten ikke kan anbefale pension på baggrund af central sensibilisering, er sagsbehandleren anbefalet at afslå pension men at opfordre sygemeldte til at anke sagen. Formålet er at få ankeinstansen til at tage stilling til denne faglige uenighed om diagnosen 'central sensibilisering'.

7.2.3 Sygemeldte med komplekse kroniske smerter

Sygemelding:

På tidspunktet for interview har informanterne indtil for nylig været, eller er, langtidssygemeldt på grund af længerevarende smerter. To af informanterne har tidligere været igennem et sygedagpengeforløb og var i fleksjob på tidspunktet for nuværende sygemelding. En tredje informant har tidligere haft flere langvarige sygemeldinger. For fire af informanterne er nuværende langtidssygemelding og sagsbehandling starten på en ukendt og usikker proces.

Alle har langt hen ad vejen håbet at det bliver bedre; at sygdommen bedres og at de kan genoptage det hidtidige liv. Imidlertid betyder smerterne at de ikke længere er i stand til at leve som før, og at de også i forhold til arbejde og indtægt, er tvunget til at tænke anderledes.

'Til sidst var det sådan at jeg stort set kun kunne passe mit arbejde og det kunne jeg knap heller. Så hver dag når jeg kom hjem lå jeg bare på sofaen og det gjorde jeg til næste dags morgen hvor jeg skulle af sted igen. Jeg kunne slet ikke få mit familieliv til at fungere, så jeg blev sygemeldt' (Frida)

Uanset tidligere erfaring med sygedagpenge, eller ej, medfører sygemeldingen en usikkerhed i forhold til fremtiden og en følelse af afmagt. Informanterne oplever at måtte afgive beslutningskompetence; at andre beslutter over deres liv, det være sygdom, læger eller sagsbehandlere. De fleste af informanterne håber at komme tilbage på arbejdsmarkedet i den udstrækning de magter det, men samtidig føler de sig låst. De kan ikke tage arbejde på almindelige vilkår, men må vente på at andre afgør deres fremtid.

'Det er jo sådan lidt den oplevelse man får, at der er andre der forvalter det, fordi lægen kan ændre rigtig meget for ens liv med medicin og det kan enten være til det bedre eller det værre. Men når man er vant til selv at tage en masse valg i sit liv og selv har sørget for at have et godt liv og taget ansvar for det og for hvad man ville ... så er der lige pludselig nogle andre der skal sidde og styre det, det er rædselsfuldt ... det er som at rende rundt med arme der er sat fast' (Ellen)

'Jeg er noget. Altså gennem det jeg gør. Jeg er ikke noget hvis jeg sidder hjemme ... indtil nu har jeg haft kontrol over mit liv, jeg har været meget aktiv. Jeg har arbejdet som hvad som helst, og nu føler jeg ligesom jeg er i vejen (Camilla)

Mødet med det sociale system:

Mødet med sagsbehandleren i Jobcentret opleves forskelligt. Informanterne er angste for ikke at nå en afklaring indenfor de 52 uger. Samtidig oplever de at sagsbehandlerne er oppe imod et stort arbejdspress, lange ventetider andre steder i systemerne og økonomiske begrænsninger.

'Som jeg ser det så må det være ressourceproblemer ved kommunen, de kan ikke klare de gamle sager fordi de får så mange nye sager hele tiden, som der måske er håb i at få løst. Når man har gået længe nok, så bliver man ligesom lidt opgivende ... de er søde nok alle sammen, men de virker meget opgivende' (Dan)

'Det er jo ikke sagsbehandlerne i sig selv, det er jo noget de har fået at vide fra toppen af kommunen, at de ikke må sende flere igennem osv. så de sidder og bruger en masse energi på, hvordan kan vi nu skrive det her for at det ikke lykkes at komme igennem. Så hvis de nu lod være med at bruge deres energi på det, og så brugte energien på bare at køre efter lovgivningen, så ville de jo også opfatte nogle andre signaler, tror jeg på' (Frida)

Informanterne fortæller om; manglende kontakt, manglende kontinuitet, at skulle kæmpe for at blive troet på, og om unge, uerfarne og dårligt udannede sagsbehandlere, og en lægekonsulent der endnu ikke er færdig som læge.

'Ja, de [sagsbehandlere og lægekonsulenter] stoler jo ikke på en, altså det er jo det, der er problemet' (Bodil)

'Men det kan også undre mig at man render rundt til den ene specialist efter den anden, og så skal der sidde sådan en elev og fortælle en hvad der står i det ene og det andet ... ja, de der såkaldte lægesagkyndige, så vidt jeg har forstået er han ikke engang læge' (Dan)

De oplever at være koblet af medens tiden bare går, og de reagerer med usikkerhed, opgivelse og vrede.

'Når man begynder at mærke de der forskellige deadlines, så er det meget nemt bare at give op. Fordi hvad pokker gør du ved din situation ... og behandlingssystemet har jo dybest set givet op. De siger jo bare: der er ikke mere at gøre. Så står man der: Ja hvad fanden gør jeg så... du er ude et eller andet sted i ingenmandsland (Dan)

Den aktive sygemeldte:

Informanterne anser det for rimeligt at forvente at den sygemeldte er aktiv i forhold til sagsbehandlingen; at de deltager i udredning og behandling og overholder møder hos sagsbehandleren. Samtidig peges der på, at dette forudsætter at den sygemeldte har viden om såvel forventninger som muligheder.

'Der skal jo også være nogle krav til den sygemeldte, som nu lovgivningen siger der skal være ... det tager en sygemeldt ikke skade af, så længe det ikke er urealistisk' (Frida)

En af informanterne, der tidligere havde været gennem et afklaringsforløb, oplever at være velinformeret. Hun har fulgt med i sin sagsbehandling, ringet når der var noget hun ikke forstår eller når der ikke kommer svar som forventet.

'Jeg synes egentlig at jeg blev godt informeret ... jeg har altid været, hvad kan man sige, villet finde ud af hvad sker der og hvad kan man forvente og hvad skal man (Gerda)

For en anden af informanterne, der langt hen i forløbet kun har haft telefonisk kontakt med sagsbehandleren, er det en ukendt verden som hun har brug for hjælp til at forstå. En hjælp som hun først oplever at få ved mødet med smertecentret.

'Når jeg ser tilbage kan jeg godt tænke, at sådan som jeg har snakket med den sagsbehandler kunne man næsten have en idé om, at hun regnede med at det var et rask menneske hun snakkede med, der selv kunne sætte sig ind i ting og sager ... Det kræver nogle andre ressourcer fra hendes side af, at hun bliver nødt til forstå, at vedkommende hun arbejder sammen med ikke selv har ressourcer til at finde ud af, hvad er det egentlig at hele det her system går ud på (Ellen)

'Det var først da jeg kom ind på smertecentret ... hun [socialrådgiveren] brugte tid på at forklare mig hvad går det her ud på og hvad er mine muligheder fremover. Og hvis ikke plan A og B virker, så har du også plan C og den kan se sådan her ud. Og det var først dér at jeg begyndte at forstå at jeg faktisk havde nogle muligheder og kunne komme videre og ikke bare skulle sidde derhjemme og vente på at blive rask' (Ellen)

Helbredsmæssig afklaring:

Informanterne taler om eget, men også deres pårørendes, ønske om at finde en forklaring og måske en behandling for deres smerter. Imidlertid har mødet med sundhedsvæsnet, for de fleste af informanterne, betydet frustrationer og en følelse af såvel egen som andres afmagt.

Deres smerter tolkes som uforklarlige, upåviselige eller ikke i overensstemmelse med hvad der kan forventes.

'Hos min egen læge får jeg skældud' [lægen siger:] 'Jeg forstår overhovedet ikke hvad du siger' [jeg siger:] 'Jamen jeg har smerter, kan du ikke forstå at jeg har smerter' [lægen siger:] 'Nej, det du siger, det kan ikke passe. Så mange smerter kan du ikke have, når jeg har prøvet at undersøge dig' (Camilla)

'Problemet er, at de kunne ikke finde ud af hvad jeg fejlede, for der er ikke noget at se på et røntgen' (Frida)

Informanterne beretter om manglende viden i sundhedssystemet der gør at de bliver: *'Sendt fra Herodes til Pilatus' (Alice)*. De efterlyser større viden om kroniske smerter i sundhedssystemet og en viden om hvor sygemeldte med uforklarlige smerter kan henvises til.

'Så hvis lægerne også blive bedre, altså de almindelige læger, så ville det også være guld værd. Hvis de er klædt lidt mere på, så de ved hvad det er der skal foregå, og de ved hvilke ting der hænger sammen. Så har de da også meget nemmere ved at sende folk de rigtige steder hen. I stedet for at man skal starte fra en ende af og så tager man dem alle sammen' (Alice)

'bedre information til praktiserende læger, men også information om, at der er noget, der hedder smertecenteret, hvor man kan komme ned. Ja, det ville have sparet mig for en hel masse ubehagelige sygehusbesøg, hvor man ikke passede ind i kasserne' (Ellen)

Udredning i smertecenter:

For alle syv informanter er der i et smertecenter udfærdiget et dokument indeholdende en speciallægeerklæring og en funktionsbeskrivelse. Dokumentet er efterfølgende sendt til jobcentret, den sygemeldte og dennes praktiserende læge, ligesom der er mulighed for at arrangere et møde mellem parterne.

For to af informanterne har forløbet i smertecentret ikke haft nogen væsentlig betydning. Den ene har allerede en diagnose og oplever ikke at få større viden eller forståelse af egne smerter, medens den anden stadig er usikker på sin sygdom.

For fem af informanterne har kontakten med smertecentret derimod haft afgørende betydning for deres egen forståelse af deres smerter. Kontakten med smertecentret betyder at de, for første gang i sundhedssystemet, mødes med en forståelse og genkendelse af deres smerteoplevelse.

'Jamen det er første gang jeg får svar på nogle ting' (Frida). 'De forstod mig, der blev jeg virkelig --- altså det var ikke noget jeg gik og bildte mig ind' (Gerda)

Diagnose:

For informanterne har det stor betydning at få en diagnose. De oplever at smerterne er lettere at acceptere, når der er en forklaring, når de ved hvad det er. Derudover oplever, eller forventer de, at diagnosen har betydning for en anerkendelse: smerterne er ikke indbildning og dermed er der også åbnet for muligheder for behandling og for social afklaring.

'Det er der man bliver bevidst om hvad det er der er galt og hvad jeg selv kan gøre' (Ellen)

'Jeg begyndte at tude ... endelig efter næsten et år har jeg fået en diagnose. Jeg er lykkelig, fordi nu kan jeg gå i gang med at undersøge: hvad skal jeg, hvad er mine muligheder, hvor står jeg nu i dag' (Alice)

Selvom det er vigtigt at få en diagnose, så er det nok så vigtigt at det er den rigtige diagnose. Det vil sige en diagnose der både forklarer de kropslige oplevelser og giver anerkendelse. Det opleves som problematisk, hvis behandleren mener, at der er noget helt andet i vejen. De er nødt til at holde fast i det de oplever.

'Den gør ondt, heromme fra og så går det herved på ydersiden [viser hvor på skinnebenet]. Og det skal det ikke. Ifølge lærebøgerne skal det krydse her og gå ind. Men jeg kan jo ikke sige, at det gør ondt herinde, når det gør ondt herude, vel' (Frida)

Samtidig med lettelsen over eventuelt at have fået en diagnose kan det opleves som mere end svært at erkende, at sygdommen er kronisk. At der må findes en måde at lære at leve med smerterne og de begrænsninger de sætter for hverdagen.

'Det var selvfølgelig en stor omvæltning. Også fordi der kom den faktor med at det var kronisk sygdom ... jeg ved ikke om det er sådan en virkelighedsforvægtelse, hvor man prøver at beskytte sig selv. Men det var bare sådan et stort chok at se ens navn på sådan et papir [lægeerklæring] de første gange. Ja det tager tid at få det på plads inde i hovedet, så det var bare svært' (Ellen)

Manglende samarbejde mellem social- og sundhedsvæsen:

Informanterne er usikre på om papirerne fra smertecentret anvendes i det sociale system. De har ikke havde været omtalt på møder eller telefonsamtaler med sagsbehandlerne. En enkelt af informanterne har deltaget i et fællesmøde mellem jobcenter og smertecenter, et møde der oplevedes som meget ubehageligt idet der var uenighed om hendes helbredsmæssige forhold.

En anden informant har oplevet at sagsbehandlerens afslag på et foreslået møde med smertecenteret betød, at hun selv skulle være bindeled mellem det der foregik de to steder. Informanten er efter undersøgelsen indgået i et længere behandlingsforløb på smertecentret, og da hun samtidig kom i kommunal arbejdsprøvning besluttede sagsbehandleren her, at besøge smertecentret. Mødet mellem de to instanser betød at informanten efterfølgende oplevede et meget bedre samarbejde, og at blive forstået i det sociale system.

'altså jeg kan jo ikke forklare det en læge kan forklare i forhold til hvad der er galt, sådan at en socialrådgiver ville kunne forstå, det var også en stor ting at lægge på ens skuldre, og en tung en. Ja, jeg forstod slet ikke hvorfor vedkommende ikke var interesseret i at komme ind til sådan et møde. Men også at de ting [lægeerklæring], som så blev udarbejdet, at det ikke blev brugt til noget som helst. Jeg kunne måske være kommet i gang med en arbejdsprøvning et halvt år før, hvis det var, at det var blevet brugt (Ellen)

Det er ikke kun dokumentationen fra smertecentret, der opleves ikke at blive anvendt. Enkelte har oplevet at udtalelser fra speciallæger ikke anvendes i det sociale system.

Ventetid på afklaring:

Følelsen af at være opgivet i sundhedssystemet, lang ventetid på afklaring i det sociale system og en oplevelse af manglende samarbejde mellem de to systemer opleves som et stort pres. Informanterne oplever følelser som usikkerhed, frustration, modløshed og vrede. Følelser der gør dem sårbare og nærtagende.

'Både sygdommen fylder meget og det der med at man ikke har styr på situationen fylder meget, fordi hvad skal der ske. Denne her uvidenhed og usikkerhed på fremtiden, det fyldte faktisk rigtig meget' (Ellen)

'Når det er man er sårbar i forvejen så, de siger to eller tre ord til en og de kan have sagt halvtreds. De to skæve ord, det er det du husker fra den samtale og det er det der gør dig gal, selvom de har sagt 47 positive ord' (Alice)

Medens der generelt fortælles om i perioder at være så presset at der opleves koncentrations- og hukommelsesbesvær fortæller to, at de har haft tanker om at tage deres eget liv.

'Hun [sagsbehandleren] var direkte modbydelig i sin udtale og sin væremåde, hvor hun simpelthen svinede mig til. Og da jeg gik derfra, da ringede jeg til min mand og sagde: Nu er det altså nu, enten kommer du hjem eller også så er det slut' (Frida)

'Jamen jeg havde overvejet at tage mit eget liv, jeg kunne simpelthen ikke holde det ud... jeg kan heller ikke selv forstå det, men det er et eller andet psykisk der sker, når man er presset så langt ud, at det får nogle tanker frem i folk, som normalt ikke ville komme op' (Gerda)

Social afklaring:

På tidspunktet for interview har fire af informanterne en afklaring på deres sygedagpengeforløb, medens der for tre af informanterne ingen afklaring er. Ingen af informanterne oplever at dokumentet udfærdiget på smertecentret og efterfølgende sendt til jobcentret i sig selv har haft betydning for sygedagpengeforløbet, eller for hvorvidt de er nået til en afklaring.

De tre der har fået tilkendt fleks ydelse eller pension mener at det er en kombination af arbejdsprøvning og speciallægeerklæringer, der har været afgørende for deres sag. To af de tre oplever derudover, at et direkte møde mellem smertecenter og de sociale myndigheder har givet sagsbehandlerne en større indsigt i kroniske smerter og dermed været medvirkende til en afklaring.

For de tre har afklaringen betydet ro og dermed mere overskud i hverdagen. Tilfredsheden med udkommet er forskellig. Grundlægende har de ønsket at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet, men har måttet erkende at det ikke er muligt, eller muligt på samme vilkår som hidtil.

'Det betyder da helt utroligt ... de der drømme man har haft om hvad man skulle, at man så alligevel kan få lov at indfri nogle af dem ... det er jo helt vildt at man kan få lov at gå på arbejde på den måde [i fleksjob]. Det er jo enormt dyrt for samfundet men det betyder utrolig meget at man ikke skal slås i hovedet med at nu er man syg, nu kan du ikke få lov at tjene dine egne penge, nu kan du ikke få lov at indfri dine drømme ... det er en kæmpe hjælp at kunne have et så velfungerende liv som muligt' (Ellen)

De to informanter der har fået tilkendt førtidspension er glade for at det er kommet til en afgørelse, selvom de ikke er udelt begejstret for at det er endt med pension.

'Jeg forventede jo at der kunne gøres noget ved mig så jeg i hvert fald kunne yde lidt. Jeg har nok ikke helt accepteret det endnu ... jeg har altid kunnet klare mig selv, jeg har gjort tingene og så lige pludselig ingenting kan. Det er altså ikke noget man bare siger oppe i sit hoved, at sådan er det nu. Det er noget du skal lære at leve med' (Frida)

'Kommer der en eller anden mirakelkur med dna eller andet som kunne kurere mig, så jeg kunne blive 'fit for fight' igen så er der jo ikke noget i vejen for at jeg kunne begynde at arbejde ... jeg havde jo slet ikke forestillet mig at jeg skulle ende sådan' (Gerda)

7.3 Sammenfatning og diskussion

Ved interviews blev det undersøgt, hvorvidt de kommunale sagsbehandlere oplever bedre beslutningsgrundlag og bedre tværsektoriel koordinering og samarbejde i forhold til sygemeldte.

Generelt opleves det ikke, at den afprøvede tværsektorielle samarbejdsmodel har resulteret i en øget viden om kroniske smerter eller et bedre samarbejde mellem jobcentre og smertecentre.

Datagenereringen viste sig overordentlig svær. Ganske få med erfaring fra den afprøvede samarbejdsmodel var tilgængelige ved projektets afslutning. Det lykkedes kun at interviewe to sagsbehandlere, hvoraf en havde erfaring med seks

sygedagpengesager hvori der indgik dokumentation udfærdiget i et smertecenter, medens den anden havde erfaring med en enkelt sag. Det er uvist hvor repræsentative de to sagsbehandlers erfaringer er, men de peger begge på forhold og overvejelser der, uagtet omfanget, er til stede blandt sagsbehandlerne. Det lykkedes kun at få de to lægekonsulenter i Jobcentret i København i tale efter projektperioden. Samlet set svækker den problematiske datagenerering generaliserbarheden af analyserne og viser samtidig tydeligt den virkelighed hvori samarbejdsprojekt blev udviklet og afprøvet.

De gennemførte interviews viser, at sagsbehandlerne mener at være blevet mere opmærksomme på sygemeldte med komplekse kroniske smerter. De oplever at dokumentationen fra smertecentret er anvendelig. Den ene oplevede ikke at dokumentationen var afgørende for den konkrete sag, som hun havde erfaring med. Den anden mente at dokumentationen, i de seks sager hun havde erfaring med, havde ydet et overblik der sammen med den korte ventetid til smertecentret betød at sagerne var afklaret hurtigere. For sagsbehandlerne betød en travl hverdag, og at afprøvningen af samarbejdsmodellen skete i form af et projekt, en mindre motivation for at deltage.

De to lægekonsulenter, der havde erfaring med hver en enkelt sag hvori der indgik dokumentation fra et smertecenter, mente ikke at denne var af værdi. De efterspørger yderligere objektive diagnostiske tests der kan anvendes i afklaring af sager, hvor sygemeldte klager over smerter.

Seks kvinder og en enkelt mand blev interviewet. De var, eller havde været, langtidssygemeldte grundet kroniske smerter, og havde været igennem en sagsbehandling der inkluderede udredning i et smertecenter.

De interviewede oplevede, at langvarig sygemelding grundet kroniske smerter, og den helbredsmæssige og sociale udredning i forbindelse med modtagelse af sygedagpenge er opslidende og præget af uvished og afmagt. De sygemeldte oplevede et manglende samarbejde og en generel afmagt, både i forhold til forklaring på smerterne og i forhold til social afklaring. Såvel smerterne som den langvarige sociale uvished prægede deres hverdag og selvopfattelse og medførte frustration, modløshed og vrede. De oplevede at andre besluttede over deres liv, og at de selv blev både sårbare og nærtagende. I smertecentret oplevede, at blive mødt med såvel forståelse som genkendelse og anerkendelse af deres smerter. Derigennem opnåede de selv en større forståelse af egne smerter. Derimod oplevede ingen af dem, at dokumentationen fra smertecentret havde nogen afgørende betydning for deres sygedagpengeforløb.

De beskrevne erfaringer blandt sygemeldte med et sygedagpengeforløb, hvori der indgår udredning i et smertecenter, er specifikke for denne undersøgelse. Derudover finder undersøgelsen forhold der må anses for at være generelle for sygemeldte med kroniske smerter. Hvorvidt der er forskel mellem de to køns erfaringer er uvist idet det ikke har været muligt i denne undersøgelse at analysere på køn.

8 Evaluering af samarbejdsmodellen

Der er tidligere (afsnit 2.1.1) argumenteret for at anvende en programteoretisk tilgang i evalueringen af samarbejdsprojektet. Dette kapitel indledes med en beskrivelse af hvordan metoden konkret er anvendt og hvilke data der indgår i evalueringen.

Efterfølgende præsenteres evalueringen der omfatter:

- Udvikling af programteorien for samarbejdsprojektet
- Identifikation af involverede aktørgrupper og udvikling af deres programteori(er)
- Identifikation af ligheder og forskelle mellem de udviklede programteorier
- Realitetstest af samarbejdsmodellen

8.1 Metode

Udgangspunktet for evalueringen er en konstruktion af programteorien for samarbejdsmodellen. Formålet er at identificere og konkretisere den udviklede samarbejdsmodels enkeltelementer samt at tydeliggøre de bagvedliggende forestillinger om, hvordan samarbejdsmodellen virker. Gennem *konstruktion af en kausalmodel* tydeliggøres den årsags-virknings kæde, der antages at føre til en række effekter.

En problemstilling forbundet med anvendelsen af programteori er imidlertid, at der i udgangspunktet ikke tages højde for, at et program eller en indsats typisk implicerer flere forskellige interessenter, der kan have forskellige verdensanskuelser og programteorier (6). En måde at imødegå denne problemstilling er, at inddrage *forskellige aktørgrupper*, og konstruere og tydeliggøre disse aktørers programteorier. Ved at opstille de *involverede aktørgruppers* programteorier, kan der opnås et langt mere nuanceret og facetteret billede af de involverede aktørers anskuelser og betydningen af disse i konkrete sammenhænge.

I konstruktionen af programteori(erne) anvendes en model udviklet af Hansen og Vedung (6), hvori der indgår 3 delelementer:

- En *situationsteori*, som beskriver problemdefinitionen, dvs. aktørers opfattelse af, hvad den uønskede situation består i, hvordan den kausalt skabes og hvilke effekter den kausalt får
- En *normativ teori*, som beskriver aktørers værdier, normer, idealer og mål, som tilsammen danner udgangspunkt for, hvad de oplever som ”den gode tilstand” i feltet
- En *virkningssteori*, som beskriver aktørernes forestilling om en ”løsning” på problemet og opnåelsen af den gode tilstand

De identificerede aktørgruppers programteorier indgår i *realitetstesten* af den tværsektorielle samarbejdsmodel. På baggrund af de konstruerede programteorier og den efterfølgende erfaringsopsamling (kapitel 7) er det muligt at identificere forhold, som hhv. skal være til stede (*kontekstuelle faktorer*), eller som kan influere samarbejdsmodellen (*moderatorer*).

Medens *kontekstuelle faktorer* er forhold der skal være til stede for at det ønskede udbytte (de forventede effekter) kan skabes, er *moderatorer* forhold der påvirker sammenhængen mellem variable og dermed om årsagsvirkningskæden holder eller ikke holder. Moderatorer er således forhold, der regulerer et årsagsvirkningsforholds styrke eller retning og dermed en indholdsmæssig forbindelse mellem indsats og effekt (4). Med andre ord, så kan en moderator påvirke forbindelsen mellem to delelementer i en årsagsvirkningskæde og dermed have betydning for, 'for hvem og hvornår' (i hvilke situationer) a fører til b.

Hvis de forventede effekter ikke opnås, kan der overordnet skelnes mellem om dette skyldes en *implementeringsfejl* eller *fejl i teorien* bag samarbejdsmodellen. Med andre ord; er der tale om at indsatsen ikke er indført og anvendt som forventet, eller hviler den på en fejlagtig idé. På den måde kan evalueringen medvirke til at udpege hvilke dele af en indsats der virker bedst i hvilke situationer, hvilke barrierer der er for en indsats og hvorvidt det kan lade sig gøre at reparere indsatsen (4).

8.2 Data

Data anvendt til udvikling af programteorier er genereret i starten af projektet og beskrevet nedenfor. Data anvendt til realitetstesten er genereret ved afslutningen af projektet og beskrevet i afsnit 7.1.

8.2.1 Stormøder

Med det formål at udvikle en konkret tværsektoriel samarbejdsmodel mellem det sociale system og sundhedssystemet, er der ved projektstart afholdt to stormøder med deltagelse af projektgruppe og tilknyttede fagpersoner, dvs. repræsentanter fra det sociale system (Jobcentre) og behandlersystemet (Smertecentre og praktiserende læger). På møderne er samarbejdsmodellen diskuteret og beskrevet med udgangspunkt i en programteoretisk tilgang, hvor udsagn noteres på store stykker papir, som alle mødedeltagere kan se. Noterne er efterfølgende sammenskrevet i prosaform under overskrifterne: Baggrund for den tværsektorielle samarbejdsmodel (nuværende problemer) og samarbejdsmodellens formål, midler og effekter (en beskrivelse af hvad der ønskes opnået med samarbejdsmodellen, og de tiltag der iværksættes og forventes at føre til de forventede effekter).

8.2.2 Interviews

Tidligt i projektforløbet er der gennemført en række interviews med henblik på at sikre projektets gennemførelse og at udvikle de involverede aktørgruppers programteori(er).

1. For at få indsigt i jobcentrenes organisation og for at lave konkrete aftaler i forhold til den randomiserede undersøgelse er der gennemført samtaler med kontaktpersonen i hver af de tre Jobcentre i perioden marts-april 2007. På baggrund af dette og skriftligt materiale om den organisatoriske opbygning i jobcentrene er der udformet en beskrivelse af hvert af de tre jobcentre. Hver beskrivelse er efterfølgende kommenteret af informanten og tilrettet.

2. Med det formål at konstruere de involverede aktørgruppers programteorier er der i oktober-november 2007 afholdt en række interviews. Interviews er planlagt som semistrukturerede fokusgruppeinterviews (43) med udgangspunkt i en interviewguide. Ønsket er at rekruttere ca. otte informanter til hvert fokusgruppeinterview (med hhv. sagsbehandlere og lægekonsulenter i hvert af de tre jobcentre og personale i de to smertecentre). Imidlertid viste det sig ikke muligt rekruttere det ønskede antal.

Deltagere i interviews:

- Seks sagsbehandlere: Et interview med to sagsbehandlere i Jobcenter Nyborg, et interview med en sagsbehandler i Jobcenter Odense og et interview med tre sagsbehandlere i Jobcenter København, Sygedagpenge.

Den manglende deltagelse er begrundet med travlhed.

- Tre lægekonsulenter: Et interview med en lægekonsulent i Jobcenter Nyborg/Jobcenter Odense og et interview med to lægekonsulenter i Jobcenter København, Sygedagpenge.

I Jobcenter København, Sygedagpenge deltog begge de ansatte lægekonsulenter i et fælles interview. I Odense lykkedes det, på trods en henvendelse via ledelsen, kun at interviewe en enkelt der fungerer som lægekonsulent både i Jobcenter Odense og Jobcenter Nyborg.

- Syv ansatte i de to smerteteams: Et interview med to læger i TSC, Herlev Hospital og et interview i Smertecenter Syd, OUH hvor der deltog en læge, en sygeplejerske, en socialrådgiver, en fysioterapeut og en psykolog.

Grundet de få deltagere i interviews er de udviklede programteorier efterfølgende søgt valideret. Programteorien for sagsbehandlerne er således valideret i forbindelse med interviewet beskrevet i afsnit 7.1, hvor

beskrivelsen af sagsbehandlerne programteori var tilsendt informanterne forud for interviewet (ingen af dem havde deltaget i interviews i starten af projektperioden). Den udviklede programteori for lægekonsulenterne er efterfølgende tilsendt de tre der deltog i interviews, til validering. To lægekonsulenter returnerede en skriftlig kommentering og en af dem supplerede med et telefonopkald. De fire, der som ansatte i de to smertecentre har erfaring med projektet, har valideret programteorien for smertecentrene.

8.2.3 Databehandling og analyse

Interviews afholdt ved starten af projektperioden varer 1-2 timer. Udgangspunktet er en interviewguide hvor der spørges til den enkelte aktørgruppes situationsteori, normative teori og virkningsteori. Under interviews er der i fællesskab mellem interviewere og informanter tegnet en forløbsakse med angivelse af de tiltag der indgår i en sagsbehandling. De tegnede akser indgår sammen med interviewet i fremstillingen af de tre aktørgruppers programteorier, samt i afsnit 3.8 og 4.4.

Alle interviews er optaget på bånd og efterfølgende transskriberet som kondenseret udskrift af en studenterhjælp. Alle interviews er kodet i databehandlingsprogrammet Nvivo (42) på baggrund af temaerne; 'situationsteori', 'normativ teori' og 'virkningsteori'. De kontekstuelle faktorer og moderatorer er identificeret dels ved at sammenholde de involverede aktørgruppers programteorier, dels ved at undersøge om samarbejdsmodellen tilgodeser alle aktørgruppers normative teori og virkningsteori.

8.2.4 Diskussion af data

Datagenereringen viste sig at være overordentlig svær og de præsenterede programteorier er udviklet på baggrund af interviews med få selvselektede informanter. Lægekonsulenternes programteori er konstrueret på baggrund af interviews med tre læger, hvoraf en er tilknyttet projektet som fagperson. Smertecentrenes programteori er konstrueret på baggrund af interviews med syv personalemedlemmer hvoraf to også indgår i projektgruppen.

Det er som tidligere beskrevet forsøgt at validere de udviklede programteorier og derudover er såvel programteorier som evalueringen af projektet drøftet i gruppen bag projektet, hvori der er repræsentanter for de involverede aktører.

8.3 Programteorien for samarbejdsmodellen

Den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel er udtryk for et fælles ønske, på tværs af sundheds- og socialektorerne, om effektivitet og dermed en hurtigere afklaring af den sygemeldtes forsørgelsesgrundlag, af hensyn til den sygemeldte, dennes familie og samfundet. Der er enighed om, at en hurtigere afklaring ikke må betyde en dårligere afklaring, idet det er ligeså

væsentligt at det er den ”rigtige” afgørelse der træffes. Hvad den rigtige afgørelse indeholder, er ikke diskuteret i dybden men indeholder overvejelser så som; at løsningen er holdbar i forhold til lovgivning (skal f.eks. kunne holde i forhold til ankestyrelsen) og i forhold til den sygemeldte (skal kunne fungere som en varig løsning).

På stormøderne peges der på problemer i forhold til:

- Tidsbegrænsning for modtagelse af sygedagpenge

Sygedagpenge kan som en hovedregel maksimalt ydes i 52 uger, hvorfor der inden for de 52 uger skal være en afklaring af forsørgelsesgrundlaget. Hvis der ikke er sket en afklaring, risikerer den sygemeldte at overgå til kontanthjælp eller, hvis ægtefællen har indkomst af en vis størrelse, at være uden forsørgelse. En manglende afklaring kan dermed have alvorlige konsekvenser for den sygemeldte og for dennes familie.

- En gruppe af sygemeldte der er resursekrævende i såvel det sociale system, som i sundhedsvæsnet og som kan fanges i en ond cirkel

Sygemeldte der ikke er helbredsmæssigt færdigudredte, er svære at afklare og afslutte og kan derfor ikke flyttes fra en midlertidig til en mere varig forsørgelse. Samtidig kan den sygemeldtes uafklarede forsørgelsesgrundlag betyde at vedkommende er svær eller ligefrem umulig at (smerte)behandle. Dette forhold kan fange den sygemeldte i en ond cirkel (nærmere beskrevet i afsnit 1.1) og betyder at gruppen af sygemeldte med komplekse kroniske smerter er meget resursekrævende både i forhold til sociale ydelser og i forhold til ydelser i behandlingssystemet.

- En gruppe af sygemeldte der er svære at få øje på

Sygemeldte med komplekse kroniske smerter er ikke let genkendelige og opfanges måske hverken i det sociale system eller i det traditionelle behandlerensystem.

- Ventetider og mangelfuldt samarbejde mellem det sociale system og behandlerensystemet

Lang ventetid i behandlerensystemet, herunder i smertecentre, betyder en lang periode hvor den sygemeldtes liv står på ”stand by”, hvilket er problematisk idet det kan forværre den sygemeldtes tilstand og forringe muligheden for at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet. Utydelige og forskellige udmeldinger fra forskellige dele af behandlerensystemet og uendelige behandlingsmuligheder kan trække forløbet i langdrag.

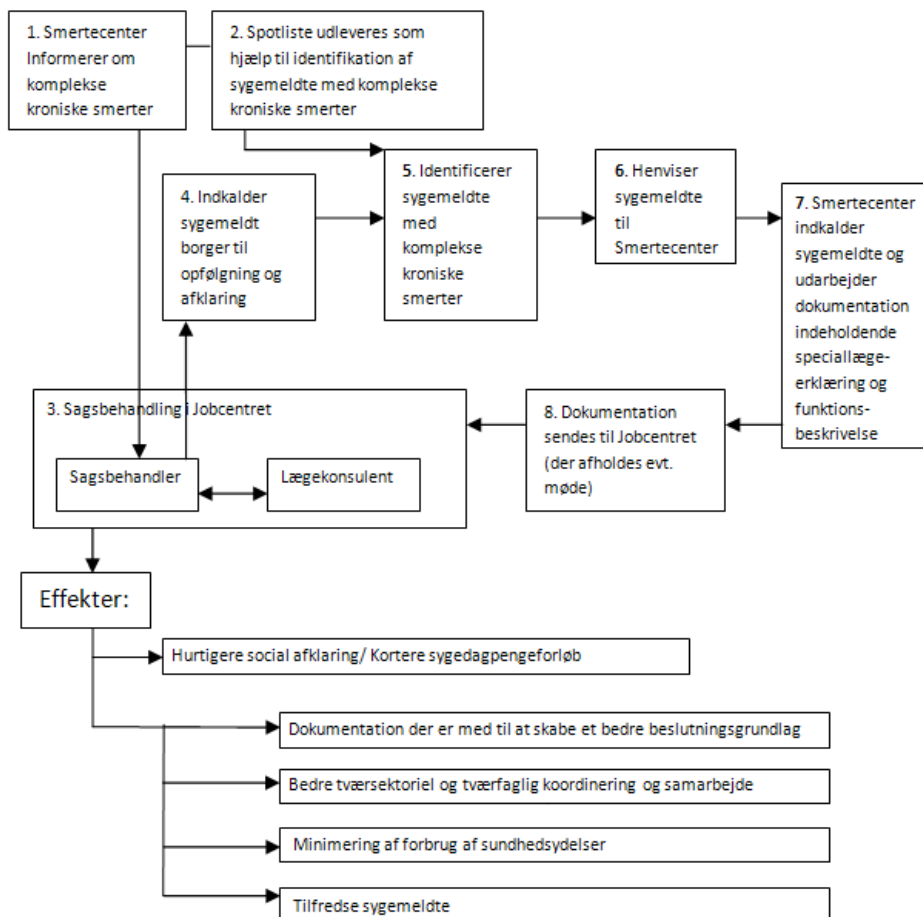
8.3.1 En kausalmodel for samarbejdsmodellen

I det følgende præsenteres en kausalmodel for den udviklede og afprøvede tværsektorielle samarbejdsmodel. Modellen fremstilles først grafisk (figur

5), for visuelt at anskueliggøre den kæde af begivenheder og de indbyggede og underliggende mekanismer, der tilsammen forventes at generere en række effekter. Efterfølgende beskrives figurens delelementer kort. Det konkrete indhold er beskrevet i afsnit 5.2.

Kausalmodellen er en forhandlet model, idet den er et kompromis mellem mødedeltagernes forskellige programteorier. Modellen er valideret på et efterfølgende stormøde.

Figur 5. Kausalmodel for den tværsektorielle samarbejdsmodel



Forløbet i modellen er angivet som variable (nummererede firkantede kasser) og består af følgende delelementer:

1-2. Der iværksættes en kompetenceudvikling af sagsbehandlere i jobcentre gennem afholdelse af fyraftensmøder, hvor personale fra Smertecenter Syd (OUH) informerer om komplekse kroniske smerter, og udleverer en liste over symptomer som er karakteristiske ved komplekse kroniske smerter og som kan hjælpe sagsbehandleren med at identificere denne gruppe af sygemeldte (spotliste).

3-4. Sagsbehandling af sygemeldte med komplekse kroniske smerter foregår i jobcentre hvor sagsbehandleren indkalder den sygemeldte til opfølgning og afklaring i forbindelse med modtagelse af sygedagpenge.

5. Den sygemeldte identificeres som havende komplekse kroniske smerter. Dette kan ske ved, at det er beskrevet i dokumenter indhentet fra sundhedsvæsnet eller ved at sagsbehandleren er opmærksom på dette forhold på grund af viden tilegnet gennem kompetenceudviklingen.

6. Sagsbehandleren henviser den sygemeldte direkte til smertecentret med henblik på at indhente et beslutningsgrundlag til sagsbehandlingen. Den direkte henvisning betyder at den sygemeldte ikke skal via den praktiserende læge for at blive henvist til smertecentret.

7. På smertecentret gennemgår den sygemeldte en tværfaglig smerteudredning og der udarbejdes dokumentation indeholdende speciallægeerklæring og funktionsbeskrivelse.

8. Dokumentationen sendes pr. brev/fax fra smertecenteret til jobcentret med en kopi til den sygemeldte og dennes praktiserende læge. Der tilbydes mulighed for at afholde et fællesmøde med deltagelse af sygemeldte, jobcenter og smertecenter.

Dokumentationen modtages og anvendes i sagsbehandlingen i jobcentret. Sagsbehandlingen varetages af en sagsbehandler evt. med inddragelse af en lægekonsulent ansat i jobcentret (kasse 1 i kausalmodellen).

Det forventede udbytte af den tværsektorielle samarbejdsmodel er:

- Hurtigere social afklaring/ Kortere sygedagpengeforløb
- Dokumentation der er med til at skabe overblik, klarhed og enighed
- Minimering af forbrug af sundhedsydelse
- Tilfredse sygemeldte

8.4 De involverede aktører og deres programteorier

Som det fremgår af kapitlerne 3 og 4 indgår der en lang række af interessenter i forhold til sygedagpenge og individer med komplekse kroniske smerter. Det er interessenter på alle niveauer, herunder samfundet i form af den offentlige og politiske diskurs (og skatteborgere), over lovgivere og ministerier, regioner og kommuner der administrerer love og aftaler, til individer direkte involveret i sagsbehandling ved sygedagpenge og udredning og behandling af komplekse kroniske smerter, samt de mennesker (og deres pårørende) der er sygemeldte med komplekse kroniske smerter.

Imidlertid omfatter den udviklede samarbejdsmodel en lille del af et sygedagpengeforløb og en række af konkrete handlinger, der udføres af bestemte grupper af personale. På den baggrund er samarbejdsmodellens aktørgrupper afgrænset til:

- Sagsbehandlere i jobcentre, der arbejder med sygedagpengesager
- Lægekonsulenter i jobcentre der fungerer som konsulenter for ovenstående
- Personale i tværfaglige smertecentre, der arbejder med udfærdigelse af speciallægeerklæringer og funktionsbeskrivelser i forhold til sygemeldte med komplekse kroniske smerter

Det kan diskuteres hvorvidt sygemeldte med komplekse kroniske smerter udgør en aktørgruppe ift. samarbejdsmodellen. Som det vil fremgå af de efterfølgende kapitler, så ville det, set i bakspejlet, have været relevant at anse dem som sådan. Deres perspektiv inddrages dog i afsnit 7.2.3 (de sygemeldtes erfaringer med samarbejdsmodellen) og ligeledes i afsnit 3.9 (de syges perspektiv på komplekse kroniske smerter).

Da de praktiserende læger ikke er direkte involveret i samarbejdsmodellen (kun som modtagere af information om deltagelse og dokumentation fra smertecentret), er de ikke set som en aktørgruppe. Også i forhold til den efterfølgende erfaringsopsamling er de praktiserende læger fravalgt, idet det anses for sandsynligt at den enkelte praktiserende læge højst har erfaring fra en enkelt deltagende sygemeldt. Imidlertid er de praktiserende læger reelt involveret i forløbet for sygemeldte med komplekse kroniske smerter og derfor repræsenteret i projektets gruppe af tilknyttede fagpersoner.

8.4.1 Sagsbehandlingens programteori

Situationsteori:

Sygemeldte med komplekse kroniske smerter med risiko for et langvarigt sygdomsforløb eller risiko hvad angår arbejdsevnen, kræver lovgivningsmæssigt hurtig og vedvarende opfølgning. Stort personaleflow, en oplevelse af manglende ressourcer i jobcentre, samt ventetider i sundhedssystemet medfører en risiko for at sygedagpengeforløbet bliver langstrakt.

Det kan være svært at nå den første kontakt og kategorisering indenfor den foreskrevne tidsramme; der opleves problemer ved arbejdsgivers sene anmeldelse, ved at der ikke foreligger lægeerklæring eller ved at den sygemeldte venter på udredning eller behandling. Manglende personaleressourcer og meget administrativt arbejde gør det svært at overholde tidspunkter for opfølgning. I praksis foregår den individuelle samtale ofte over telefonen, idet det er mindre ressourcekrævende. Dette opleves, sammen med en risiko for at langtidssygemeldte flere gange skifter sagsbehandler, at kunne have betydning for kvaliteten af sagsbehandlingen.

Udarbejdelse af ressourceprofilen kan opleves som en flaskehals idet dette skal ske i samarbejde med den sygemeldte, der ofte har indsigelser. En proces med udarbejdelse, indsigelser, ændringer og nye indsigelser kan tage flere måneder og betyde at ressourceprofilen bliver meget omfangsrig.

Samarbejdet med den sygemeldte opleves som svært når vedkommende; opleves ikke at være motiveret for at blive raskmeldt eller afklaret, opleves

ikke at være samarbejdsvillig, mister tilknytningen til arbejdsmarkedet eller opleves at blive tiltagende fokuseret på sygdom. Lange sygemeldinger og sygemelding af arbejdsløse opleves ofte som svære.

Mange forskellige behandlere og mange skift; det være sig internt i kommunen eller i sundhedsvæsnet, eller mellem sundheds- og socialektoren, betyder at der hele tiden skal startes forfra. Dette opleves at skabe frustrationer, manglende overblik og potentiale for svigt.

Uklarhed vedrørende de helbredsmæssige forhold, manglende overensstemmelse mellem den sygemeldtes klager og de objektive (lægelige) fund eller mellem den sygemeldtes og sagsbehandlerens syn på sagen, kan gøre sager problematiske. Sådanne sager omtales som diskrepanssager.

Sagen kan yderligere kompliceres hvis den lægelige dokumentation indeholder anvisninger i forhold til arbejdsevnen, idet dette kan skabe forventninger hos den sygemeldte, som sagsbehandleren måske ikke kan indfri.

Der opleves at være et misforhold mellem den overordnede politik og den generelle holdning til det at være sygemeldt. Den overordnede politik er at bevare arbejdsevnen; ved en tidlig indsats, ved at søge at bevare tilknytningen til arbejdspladsen under en sygemelding, og ved at stille mod en tilbagevenden til arbejdsmarkedet, evt. gennem en delvis raskmelding i en periode, eller en tilbagevenden på ændrede vilkår f.eks. med skånehensyn eller i form af et fleksjob. Det forudsætter dog en holdningsændring hos såvel den sygemeldte som hos arbejdsgiverne, om at rumme mennesker der ikke kan yde optimalt.

Hvis den sygemeldte ikke kan raskmeldes, og der ikke er baggrund for en indstilling til andet forsørgelsesgrundlag, ophører sygedagpengene og den sygemeldte er henvist til kontanthjælp, hvis der er grundlag for en sådan ydelse. I praksis ses en del af de sygemeldte at blive afsluttet fra sygedagpengesystemet uden afklaring til kontanthjælp eller anden forsørgelse.

Normativ teori:

Sagsbehandlerens forventning på egne vegne er, at de leverer kvalitet og effektivitet. Målet er at afklare sygedagpengesager godt, og så hurtigt som muligt. Den gode sagsbehandling er der hvor kvaliteten af tidlig indsats, forløb og udredning sikrer at de rigtige afgørelser træffes. Det vil sige, at afgørelserne opleves som tilfredsstillende for den sygemeldte og lever op til lovgivningen og til intentionerne om at den sygemeldte, så vidt som muligt, forbliver i arbejde. Det gode forløb forbindes derudover med kort sygemelding og en generel holdning til, at det at have en lidelse der kræver behandling og hensyn, ikke bør være ensbetydende med en sygemelding.

Virkningsteori:

Den gode sagsbehandling opnås ved:

- At der er en fælles norm blandt borgere, praktiserende læger, A-kasser og andre aktører indenfor sygedagpenge og arbejdsmarkedsområdet til, at det er vigtigt at bevare arbejdsevnen. Og at det bedst gøres ved, uagtet sygdom, i et eller andet omfang at forblive i arbejde
- At der sættes tidligt ind, at den første opfølgning sker ved et personligt møde inden 8 uger fra sygemeldingen og at opfølgningen hver anden gang foregår ved et personligt møde. Dette forudsætter tidlig modtagelse af et uarbejdsdygtighedsskema samt tilstrækkelige personaleressourcer
- At der arbejdes professionelt og skabes samarbejde og gensidig tillid mellem sygemeldte og sagsbehandler. Dette søges bl.a. nået ved, at oplyse sygemeldte om forløb og forventninger til samarbejdet (rettigheder og pligter for begge parter) og guide den sygemeldte gennem dagpengesystemet
- Hurtig afklaring af sygedagpengesager forudsætter overblik og minimering af flaskehalse, i form af manglende personaleressourcer og ventetid, samt et velfungerende samarbejde med hurtig og effektiv kommunikation i forhold til sundhedsvæsen og arbejdsmarkedsrettede tiltag
- God afklaring af sygedagpengesager forudsætter minimering af usikkerhed. Det opnås ved at sikre relevant, rettidig, fyldestgørende, forståelig og brugbar dokumentation

8.4.2 Lægekonsulenternes programteori

Situationsteori:

Lægekonsulenternes opgave er at bistå sagsbehandleren med at klarlægge og tolke indholdet af andre lægers udtalelser, og på baggrund af denne dokumentation at vurdere sygdoms- og behandlingsforløbet i forhold til den sygemeldtes arbejdsevne, på kort og langt sigt.

En af de interviewede lægekonsulenter oplever at opdelingen mellem det socialfaglige og lægefaglige, sammen med en mangelfuld dialog, kan gøre det svært at komme i dybden med og hele vejen rundt om en konkret problemstilling. Som hindrende ses; manglende tid til at tale sig ind på problemet, at afdækning af problemer også betyder mere arbejde, og mangel på en kultur hvor man tør være åben og kritisk.

Indhentning af mange og måske unødige erklæringer og attester bidrager ikke nødvendigvis til en bedre (mere præcis og troværdig) dokumentation og dermed baggrund for en afklaring. Derimod kan de bidrage til såvel en længere sagsbehandlingstid som et øget fokus på det syge og mindre fokus på ressourcer.

Andre problemer kan bestå i, at en anmodning om en lægeerklæring får den praktiserende læge til at henvise den sygemeldte til yderligere

undersøgelser. Dette kan medføre ventetider og skabe flaskehalse i forhold til at komme videre i sagen.

Lægekonsulenterne oplever det problematisk, når en praktiserende læge eller speciallæge vurderer sygemeldtes funktionsevne som ophævet eller markant nedsat, uden at der er belæg for det i sygdomsbeskrivelsen. Det er med udgangspunkt i sygdomsbeskrivelsen, at der kan konkluderes noget om den biologiske funktionsevneindskrænkning. Hvorefter der i det sociale system kan drages slutninger til de sociale funktionsevneindskrænkninger. Et eksempel er en praktiserende læge der tænker at denne nedslidte sygemeldte nok aldrig kommer i arbejde igen, og han drikker også lidt for meget. Hvis lægen skriver i attesten, at manden har en dårlig ryg, ikke kan noget og ligeså godt kan pensioneres, så hopper kæden af. Det kan godt være, at den sygemeldte har så dårlig en ryg, at han ikke kan fortsætte sit nuværende arbejde, men den praktiserende læge kan ikke udtale sig om, hvorvidt han kan noget andet.

Sager uden lægelig dokumentation opleves som vanskelige. Der kan forekomme tilbagevendende sager eller sager hvor der ingen sammenhæng er mellem den sygemeldtes forklaringer og den lægefaglige dokumentation. De sager omtales som diskrepanssager.

Et eksempel på en diskrepanssag er en sygemeldt med rygsmerter, som ikke billeddiagnostisk har en egentlig diskusprolaps, eller som evt. har en verificeret diskusprolaps, som vedkommende er opereret for, således at der ikke mere kan konstateres rodtryk. Når vedkommende stadig har stærke smerter og er ude af stand til at fungere arbejdsmæssigt, og funktionsevnen selv i forhold til hjemlige gøremål er stærkt kompromitteret, opstår der let en usikkerhed.

Sygemeldte med komplekse kroniske smertetilstande vil ofte ende i kategorien diskrepanssager, da der i mange tilfælde ikke kan gives et bevis på smertetilstanden eller dens gennemgribende konsekvens for den sygemeldtes funktionsevne. Sagen kan trække ud, idet der søges at finde en objektiv fysisk forklaring eller, i mangel på dette, en psykologisk eller psykiatrisk forklaring.

Der opleves lægefaglig uenighed i forhold til komplekse kroniske smerter. En af de interviewede lægekonsulenter finder ikke dokumentation for central sensibilisering, som en årsag til komplekse kroniske smerter. For vedkommende er det afgørende at der er dokumentation for en vævs skade, i form af strukturelle kropsforandringer, hvorfor han efterspørger objektive diagnostiske tests der kan afklare hvorvidt der er tale om kroniske smerter.

Normativ teori:

Lægekonsulenternes forventning til egen funktion er at levere gode vurderinger med præcise formuleringer, vurderinger der kan anvendes af sagsbehandlerne. Det gode forløb er kendetegnet ved at tingene hænger sammen og hvor det er muligt at nå frem til en klar og konkret vurdering,

uanset om denne betyder hel, delvis eller ændret tilbagevenden til arbejdsmarkedet eller tilkendelse af pension.

Derudover mener lægekonsulenterne at det langt hen ad vejen er bedst for borgeren at forblive i arbejde, og at det er bedre at fokusere på muligheder end begrænsninger. Udover den biologiske sygdom har borgerens evne til at takle sygdom betydning for hvordan vedkommende forholder sig, herunder om vedkommende sygemeldes eller ej.

En af de interviewede lægekonsulenter mener, at god kvalitet i sagsbehandlingen kan være med til at værne om solidariteten i samfundet, idet villigheden til at betale for de borgere i samfundet, der ikke kan forsørge sig selv, bygger på en oplevelse af at offentlig hjælp gives til dem som har behov. En anden af de interviewede lægekonsulenter oplever det som en falliterklæring for systemet når mulighederne er udtømte og den sygemeldte kommer på kontanthjælp.

Virkningsteori:

Den gode sagsbehandling opnås ved:

- At samarbejdet og kommunikationen mellem faggrupperne i det sociale system fungerer. Dette fremmes ved at skabe en åben og kritisk kultur, både i forhold til den sygemeldte og i forhold til samarbejdspartnere
- At relevante, objektive og helhedsorienterede oplysninger er tilgængelige gennem et velfungerende samarbejde og kommunikation mellem social- og sundhedssektoren
- At den sygemeldtes ressourcer i højere grad inkluderes i sagsbehandlingen. Det muliggør såvel inddragelse af psykiske forhold og resourcesvaghed som et fokus på og arbejde med de ressourcer den sygemeldte har, for derigennem at fastholde en tilknytning til arbejdsmarkedet

8.4.3 De tværfaglige smertecentres programteori

Situationsteori:

Smertecentrene arbejder tværfagligt ud fra en bio-psyko-social tilgang og udreder og behandler patienter med komplicerede smertetilstande.

Langvarig sygemelding medfører en risiko for ingen eller mindre effekt af den tværfaglige behandling, da den sygemeldtes tanker kan være opfyldt af de sociale problemer og deres afklaring.

Kommunen kan henvise til lægerne i smertecentret med ønske om en speciallægeerklæring. Dette foregår sideløbende med arbejdet i smertecentret og der er ingen formaliseret måde at skrive speciallægeerklæringer på. Bortset fra speciallægeerklæringer og attester, er der ikke formaliseret samarbejde mellem smertecentrene og det sociale system. Medens der i det ene smertecenter er ansat socialrådgivere og der her søges etableret kontakt til den sygemeldtes hjemkommune, så indgår der sjældent

et samarbejde mellem det andet smertecenter og den sygemeldtes hjemkommune.

Normativ teori:

Personalets forventninger til egen funktion er, at de bidrager til en bedring af patientens livskvalitet og rehabilitering. Således at patienten kan bevare sin værdighed og får det bedste ud af livet, på trods af smerten.

Holdningen i samfundet som helhed og dermed også i smertecentrene har ændret sig gennem tiden. Hvor behandlingssystemet tidligere forsøgte at beskytte patienterne, så gøres der i dag meget mere ud af at patienterne skal kunne hjælpe sig selv dvs. hjælp til selvhjælp. Det handler således også om at flytte patienten og dennes måde at forholde sig til sine smerter på. Det kræver nyorientering at lære at leve med kroniske smerter, og denne nyorientering hjælpes på vej af at kende rammen for det nye liv, herunder ens sociale forhold.

Personalets holdning er at det ofte er bedst at mennesker bevarer deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Men behandling i smertecentret har ikke i sig selv noget revalideringsmæssigt sigte.

Virkningsteori:

Den gode tværfaglige udredning opnås ved:

- At interne og eksterne samarbejdspartnere anerkender og anvender smertecentrenes specialkompetencer i deres vurdering af en sag
- At smertecentret leverer en dokumentation der er medvirkende til en afklaring af den sygemeldtes forhold, herunder evt. sociale forhold
- At interne og eksterne samarbejdspartnere læser og forstår det, der står i dokumenterne
- At den sygemeldte medvirker aktivt, møder op og færdiggør forløbet

8.5 Ligheder og forskelle mellem de udviklede programteorier

Via interviews med sagsbehandlere og lægekonsulenter i tre kommuner og med personale i to tværfaglige smerteteams er der konstrueret en programteori for hver af de tre aktørgrupper.

I nedenstående tabel 12 er hovedpointerne i de tre programteorier præsenteret med det formål at skabe et overblik over ligheder og forskelle mellem de tre gruppers situationsteori, normative teori og virkningsteori. Dette muliggør den efterfølgende diskussion af såvel sammenfald og overensstemmelse, som divergerende eller ligefrem modstridende opfattelser i forhold til problemer med det nuværende samarbejde og hvordan det løses. Formålet er at skabe et grundlag for den efterfølgende realitetstest og vurdering af den afprøvede samarbejdsmodel.

Tabel 12: Hovedpointer i de tre aktørgruppers programteori.

	Sagsbehandlerne	Lægekonsulenterne	Smertecentrene
Situations teori ift. sygemeldte med komplekse kroniske smerter	Sygemeldte kan ikke socialt afklares, så længe vedkommende ikke er færdigbehandlet Mangelfuldt samarbejde med og manglende motivation hos sygemeldte, forlænger sagsbehandlingen og øger fokus på begrænsninger frem for på ressourcer Mangelfuld dokumentation og dokumentation der indeholder anvisninger vanskeliggør beslutning om fremtidigt forsørgelsesgrundlag Manglende ressourcer og skiftende sagsbehandlere kan forringe kvaliteten i sagsbehandlingen Ventetid på undersøgelser og behandling forlænger sagsbehandlingen	Opdelingen mellem det socialfaglige og det lægefaglige kan vanskeliggøre en helhedsvurdering For stort fokus på sygemeldtes begrænsninger, for lidt på ressourcer Sager uden sammenhæng mellem sygemeldtes forklaringer og lægens dokumentation er problematiske Mangelfuld dokumentation og dokumentation der indeholder anvisninger, samt faglig uenighed i.f.t komplekse kroniske smerter gør vurderingen problematisk Mange og unødige undersøgelser/behandlinger forhaler processen og øger risiko for unødige sygeliggørelse	Sygemeldte der er socialt uafklaret er svære at behandle Den sygemeldtes motivation for at indgå i et udrednings eller behandlingsforløb er afgørende for udbyttet Mangel på formaliseret samarbejde med kommunen gør dette tilfældigt, situations- og personafhængigt Der er ingen formaliseret måde hvorpå speciallægeerklæringer skrives Manglende viden om komplekse kroniske smerter samt ventetider til smertecentrene vanskeliggør samarbejde
Normativ teori	Kort sygemelding/hurtig og korrekt afklaring af fremtidigt forsørgelsesgrundlag Revalidering (at sygemeldte kommer tilbage i arbejde, evt. på andre vilkår end tidligere)	Kort sygemelding/hurtig og korrekt afklaring af fremtidigt forsørgelsesgrundlag Revalidering (at sygemeldte kommer tilbage i arbejde, evt. på andre vilkår end tidligere)	Afklaring af fremtidigt forsørgelsesgrundlag inden behandling Rehabilitering (at sygemeldte får det bedste ud af tilværelsen)
Virkningssteori	Kvalitet i sagsbehandling ved tidlig indsats og minimering af flaskehalse (ressourcer og ventetid) En generel indstilling til, at det er vigtigt at bevare arbejdsvevnen Skabe overblik gennem god dokumentation, indeholdende relevante og rettidige informationer Reelt samarbejde og gensidig tillid mellem de involverede	Fungerende lægekonsulentfunktion At sygemeldtes ressourcer i højere grad inkluderes i sagsbehandlingen Relevante, objektive og helhedsorienterede oplysninger Reelt samarbejde og gensidig tillid mellem de involverede	Anerkendelse og anvendelse af smertecentrenes specialkompetencer God og anvendelig dokumentation, der er medvirkende til en afklaring af sygemeldtes sociale forhold Reelt samarbejde og gensidig tillid mellem de involverede

På tværs af de tre aktørgrupper opleves det som problematisk når en sygemeldt med komplekse kroniske smerter ikke kan socialt afklares.

I jobcentre er mangelfuld dokumentation for helbredsmæssige forhold med til at skabe og vedligeholde problemet. Manglende dokumentation for den sygemeldtes smerteklager medfører usikkerhed og evt. indhentning af yderligere dokumentation, med efterfølgende risiko for manglende overblik og at der fokuseres på sygelighed i stedet for på ressourcer hos den sygemeldte.

For smertecentrene betyder en manglende afklaring, at behandlingen besværliggøres. Her anses såvel manglende viden om komplekse kroniske smerter, som et manglende formelt samarbejde med det sociale system, at være med til at skabe og vedligeholde dette problem.

Der synes således at være et godt grundlag for et samarbejde mellem jobcentre, der efterspørger dokumentation for komplekse kroniske smerter og smertecentrene der sidder inde med specialviden om dette område. For sagsbehandlere og lægekonsulenter er det vigtigt at samarbejdet sikrer et overblik over den sygemeldtes situation gennem relevante, objektive og helhedsorienterede oplysninger. Personalet i smertecentrene mener at kunne bidrage hertil ved at udforme god og anvendelig dokumentation, der kan være medvirkende til en afklaring af den sygemeldtes smertetilstand.

Andre forhold der har betydning for den sagsbehandling der foregår i jobcentre er ressourcer i såvel jobcentret som i sundhedsvæsnet. Derudover anses samarbejdet med og motivation hos den sygemeldte for hhv. afklaring og behandling at være en forudsætning i såvel jobcentre som i smertecentre. I den konkrete samarbejdsmodel beskrevet i kapitel 5, søges der taget højde for den ellers lange ventetid til smertecentre, medens de andre forhold ikke indgår i samarbejdsmodellen.

De tre aktørgrupper har et sammenfaldende mål om 'hurtig og korrekt afklaring af det fremtidige forsørgelsesgrundlag for sygemeldte med komplekse kroniske smerter'. Et mål der svarer til samarbejds- og projektgruppens ønske, formuleret i afsnit 8.3.

Udover disse sammenfaldende mål er der et forskelligt mål for hhv. jobcentre og smertecentre, bestemt af forskelle i opgaver og fokus. Da opgaven i det sociale system er en afklaring af det fremtidige forsørgelsesgrundlag, er fokus her på ressourcer i forhold til arbejdslivet. Jobcentrenes vurderinger har udgangspunkt i den sygemeldtes arbejdsevne og helbredsmæssige ændringer, der har betydning for denne. Opgaven i smertecentrene er behandling, deres vurderinger inddrager bio-psyko-sociale faktorer og fokus er her på forbedret livskvalitet, generelt og ikke specifikt i forhold til arbejdsevne. Forskel i fokus på hhv. revalidering og rehabilitering kan have betydning for udfaldet af den samlede vurdering af den sygemeldte, og dermed for tilliden mellem personale i jobcentre og i smertecentre.

Der er en vis overensstemmelse mellem de tre gruppers forestillinger om hvordan målet nås. For alle er reelt samarbejde baseret på gensidig tillid, det middel der skal sikre at målet nås. Der kan således ikke, på baggrund af konstruktion og sammenligning mellem de tre aktørgruppers programteorier, peges på konflikter mellem de problemer der opleves i hhv. jobcenter og smertecentre eller i deres mål for etablering af et samarbejde. Derimod kan der på baggrund af de tre programteorier opstilles en række forhold der må anses for at være afgørende for om det ønskede udkomme kan nås:

- Skabelse af reelt samarbejde og gensidig tillid er et middel, som de fleste kan blive enige om er godt. Men også et middel, der ikke fungerer alene ved at opstille nogle rammer for et samarbejde, men som afgøres af dette samarbejdes omfang, form og indhold. Ifølge en dansk rapport om Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (11) har kompleksiteten af en opgave betydning for hvilken samarbejdsform der er mest hensigtsmæssig. Tværfagligt samarbejde er mest hensigtsmæssigt ved komplekse sagsforhold, som der er enighed om at der er ved sygemeldte med komplekse kroniske smerter. Imidlertid forudsætter tværfagligt samarbejde såvel anvendelse af en fælles målsætning, som kendskab til og forståelse for hinandens arbejdsmetoder og teorigrundlag (11).
- Da dokumentation af de helbredsmæssige forholds betydning for funktionsevnen tolkes i det sociale system af sagsbehandlere og lægekonsulenter, har sundhedsvæsnets udformning af dokumentation betydning for dennes anvendelighed i det sociale system. Da der ikke er nogen formaliseret måde at skrive lægeerklæringer på, må der i smertecentrene tilegnes en viden om hvilke oplysninger denne dokumentation skal indeholde og hvordan den skal udfærdiges.
- For at dokumentationen rent faktisk anvendes til en afklaring af den sygemeldtes fremtidige forsørgelsesgrundlag, må dokumentationen læses, forstås og anerkendes i det sociale system. Forhold der forudsætter såvel anvendelse som anerkendelse af smertecentrenes specialkompetencer.

8.6 Realitetstest af den tværsektorielle samarbejdsmodel

I afsnit 8.3 er programteorien for den tværsektorielle samarbejdsmodel præsenteret, og der er peget på det udbytte (effekter) som den forventes at medføre. Imidlertid viser afprøvningen af samarbejdsmodellen (kapitel 6 og 7), at forventningerne ikke blev indfriet. I kapitlerne konkluderes det således, at modellen ikke førte til hurtigere social afklaring og kortere sygedagpengeforløb, ligesom der ikke blev skabt bedre overblik, klarhed og enighed. Ligeledes førte modellen ikke til en minimering af forbruget af sundhedsydelse og tilfredsheden blev ikke større.

I dette afsnit sættes der fokus på hvorfor forventningerne ikke blev indfriet, og der foretages en samlet evaluering af den tværsektorielle samarbejdsmodel.

I tilfælde hvor forventede effekter ikke indtræffer sondres der i litteraturen mellem to overordnede forklaringstyper (4). For det første kan det skyldes en implementeringsfejl, hvilket dækker over, at hele eller dele af programmet ikke er blevet implementeret som foreskrevet. For det andet kan det skyldes en teorifejl, hvilket betyder, at alle dele af programmet er blevet implementeret som foreskrevet, uden at de forventede effekter er indtruffet. I sådanne tilfælde kan der peges på, at virkningsteorien bag programmet er fejlagtig. Sondringen kan synes abstrakt og akademisk, men er afgørende for den samlede vurdering af programmet, og ikke mindst for vurderingen af hvorvidt modellen, så at sige, kan repareres. Det er dog vigtigt at understrege, at virkeligheden sjældent tillader en klar sondring mellem teorifejl og implementeringsfejl (4).

Med afsæt i ovenstående bygges analysen op omkring to overordnede og centrale spørgsmål der søges besvaret:

- Blev alle samarbejdsmodellens bestanddele implementeret?
- Hvilke andre forhold kan forklare, at samarbejdsmodellen ikke førte til de forventede effekter?

8.6.1 Implementering af alle samarbejdsmodellens bestanddele

Spørgsmålet om hvorvidt implementeringsfejl kan have betydning for de udeblevne effekter af samarbejdsmodellen besvares ved at gennemgå implementeringen af hvert af samarbejdsmodellens enkeltelementer og forhold der har vist sig i praksis at have betydning for implementeringen.

Den konkrete samarbejdsmodel og midlerne i denne bestod af fire bestanddele:

1. Kompetenceudvikling af sagsbehandlere

Dette blev implementeret ved et arrangement i hver af de tre kommuner hvor speciallæge og socialrådgiver i smertecentrene underviste sagsbehandlere og ved at der i det udleverede projektmateriale indgik en spotliste med en række symptomer som er karakteristiske ved komplekse kroniske smerter.

Forhold der kan have betydning for udbyttet er at ikke alle sagsbehandlere deltog i arrangementet og at kompetenceudviklingen dermed ikke nåede bredt ud. Et andet forhold, der kan have betydning, er ansættelses flowet blandt sagsbehandlere i jobcentrene. Dette er beskrevet i afsnit 4.1 og 4.3 hvoraf det fremgår at jobcentrene oplever problemer i forhold til at tiltrække og fastholde sagsbehandlere. Et forhold der synes understøttet af de problemer, der var i forhold til at interviewe sagsbehandlere, der har erfaring med samarbejdsmodellen. Dette er beskrevet i afsnit 7.1 hvor det

fremgår at 11 ud af 13 sagsbehandlere med erfaring fra projektet enten havde orlov eller var rejst fra jobcentrene ved projektets afslutning.

De to sagsbehandlere der havde deltaget i kompetenceudviklingen og som det efterfølgende lykkedes at interviewe, angav dog begge, som beskrevet i afsnit 7.2.1, at de selv var blevet mere opmærksomme på sygemeldte med komplekse kroniske smerter.

Formålet med kompetenceudviklingen var at sagsbehandlerne hjælpes til at identificere sygemeldte med komplekse kroniske smerter. Hvor svært dette er i praksis fremgår af afsnit 6.1.1 hvori det er beskrevet hvordan identifikationen blev søgt forbedret ved at personale fra smertecentrene gennemgik sygedagpengesager sammen med sagsbehandlerne. En procedure der kun medførte identifikation af få sygemeldte med komplekse kroniske smerter.

2. Let og hurtig adgang til specialister ved at sagsbehandlerne kan henvise den sygemeldte direkte til smertecentrene

Dette blev implementeret ved at sagsbehandlerne kunne inkludere sygemeldte med kroniske smerter i projektet (den randomiserede undersøgelse). Hvis den sygemeldte gav tilsagn om deltagelse og efterfølgende blev randomiseret (udtrukket) til undersøgelsens interventionsgruppe, fik sagsbehandleren besked om at sende en henvisning til smertecentret (udfylde og sende en blanket indeholdt i det udleverede materiale).

Formålet med den direkte henvisning var nedsættelse af ventetiden, hvilket betød at smertecentrene var forpligtiget til at indkalde den sygemeldte indenfor en måned efter randomisering.

Imidlertid viste praksis at smertecentrene ikke modtog henvisning fra sagsbehandlerne, og at smertecentrene måtte indhente oplysninger fra jobcentrene om de sygemeldte der var randomiseret til undersøgelsens interventionsgruppe. Et forhold der var med til at forlænge den periode der gik fra randomisering til udfærdigelse af et dokument.

Forhold der kan have betydning for den manglende henvisning til smertecentrene er, som beskrevet i afsnit 4.1, 4.3 og 8.4.1, at sagsbehandlerressourcerne og en hyppig udskiftning blandt sagsbehandlerne udgør såvel en flaskehals som en risiko for at langtidssygemeldte skifter sagsbehandler flere gange. Forhold der må formodes at have betydning for overblik, opfølgning og tid til afklaring.

Derudover har det formentlig betydning at samarbejdsmodellen blev afprøvet i et projekt og at det var en randomiseret undersøgelse. Som beskrevet i afsnit 7.2.1 er det vanskeligt at engagere sig i projekter i en travl hverdag, idet projekter både er tids afgrænsede og kræver en del papirarbejde. Derudover er risikoen for at den sygemeldte bliver udtrukket

til kontrolgruppen (vanlig sagsbehandling) ikke befordrende for engagementet.

3. Udfærdigelse af speciallægeerklæring og funktionsbeskrivelse ved speciallæge og socialrådgiver på smertecentret

Formålet med udredning og dokumentationen var at imødegå problemer i form af uklarhed, uenighed og unødigt sygeliggørelse i forbindelse med en sygedagpengesag. Der blev i alt udfærdiget 20 dokumenter, hver indeholdende speciallægeerklæring og funktionsbeskrivelse. Dokumentet blev efterfølgende sendt til jobcentret med en kopi til den sygemeldte og dennes praktiserende læge. Dokumentet blev ikke udfærdiget og sendt så hurtigt som det var ønsket ved projektstart. Forsinkelser var grundet i forhold vedrørende udredning (henvisning til psykiater, afventende arbejdsprøvning), forhold i smertecentrene (forglemmelser) og forhold i jobcentrene (manglende og forsinkede henvisninger til smertecentre).

4. Anvendelse af dokumentationen i sagsbehandlingen i jobcentret

Som beskrevet i afsnit 7.2.1, oplevede en ud af to adspurgte sagsbehandlere at dokumentationen havde haft betydning for dagpengesagerne hvorimod den anden oplevede at dokumentationen indgik som en del af den samlede dokumentation, men uden nogen afgørende betydning. Ingen af de sygemeldte, der blev udredt i smertecentrene, oplevede at dokumentation herfra havde afgørende betydning for deres sygedagpengesag (afsnit 7.2.3).

Ovenstående gennemgang af samarbejdsmodellens delelementer viser, at forskellige faktorer i såvel jobcentre som smertecentre og det forhold at samarbejdsmodellen blev implementeret som et projekt, havde betydning for implementeringen af samarbejdsmodellens bestanddele. Faktorer der betød at implementeringen ikke var fuldstændig.

På baggrund af gennemgangen kan der identificeres følgende forhold der udgør flaskehalse i den afprøvede samarbejdsmodel:

1. Identifikation af sygemeldte med komplekse kroniske smerter (vanskelig)
2. Ressourcer (stort flow blandt sagsbehandlere)
3. Forsinkelser (henvisning fra jobcentre, udredning i smertecentre)
4. Projektformen (stor mængde information og lodtrækning)

8.6.2 Andre forholds betydning for samarbejdsmodellens effekter

I det følgende rettes fokus mod, om andre forhold, end dem der er indarbejdet i samarbejdsmodellen har betydning for de udeblevne effekter af samarbejdsmodellen. Der søges derved svar på om virkningsteorien bag programmet er fejlagtig og hvorvidt samarbejdsmodellen kan repareres.

En måde at komme dette nærmere, er ved at identificere de kontekstuelle faktorer og moderatorer som hhv. skal være til stede eller som kan influere

den tværsektorielle samarbejdsmodel, og dermed have betydning for hvorvidt det fører til de forventede effekter (se evt. afsnit 8.1).

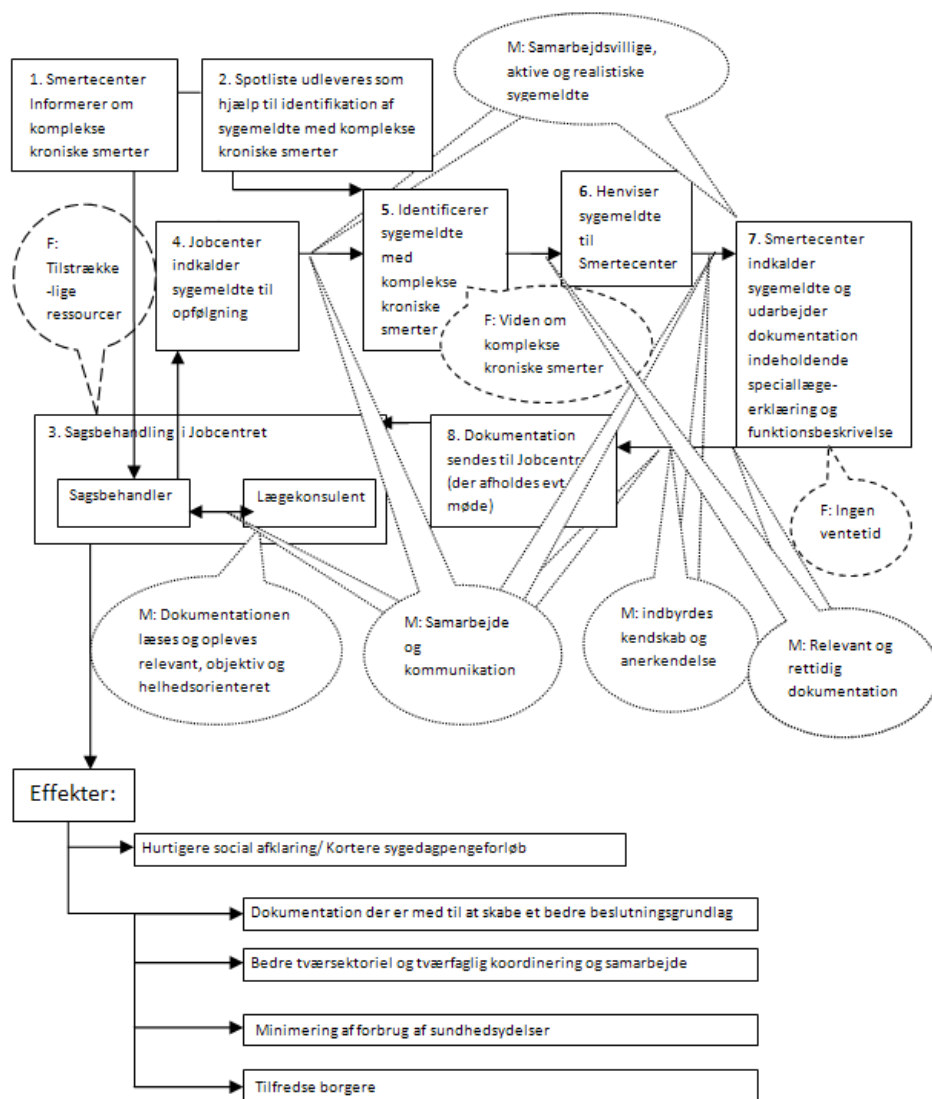
På denne baggrund er den tidligere præsenterede kausalmodel (afsnit 8.3.1) udbygget med hhv. kontekstuelle faktorer og moderatører. Kausalmodellen, præsenteret i nedenstående figur 6, er således (atter) bygget op som en kæde af begivenheder eller variable der tilsammen forventes at føre til en række effekter, men er her udbygget med de kontekstuelle faktorer (angivet med F) og moderatører (angivet med M) der menes at have haft betydning for hvorvidt samarbejdsmodellen førte til de forventede effekter. De kontekstuelle faktorer og moderatører diskuteres mere indgående nedenfor.

Da kausalsammenhænge ikke kan observeres direkte, må man indirekte slutte sig til at de findes (4). Modellen er derfor valideret og kvalificeret på et stormøde den 31. marts 2009, hvortil de tilknyttede fagpersoner og deltagere i projektgruppen var indbudt. På mødet blev modellen og de opstillede kontekstuelle faktorer og moderatører drøftet i forhold til; hvor valide (genkendelige) de er og hvad deres forklaringsværdi er, i forhold til vurderingen af samarbejdsmodellen.

Fælles for gruppen bag samarbejdsmodellen og de tre aktørgrupper var, at de oplevede problemer i forhold til en ofte langvarig udredning og sagsbehandling af sygemeldte med komplekse kroniske smerter. Der var ligeledes en fælles målsætning om hurtig (og korrekt) afklaring af den sygemeldtes fremtidige forsørgelsesgrundlag. For sagsbehandlere og lægekonsulenter var målet at den sygemeldte kom væk fra den midlertidige forsørgelse og gerne tilbage i arbejde, evt. på andre vilkår end tidligere. For personalet i smertecentrene var målet god smertebehandling, hvilket en afklaring af den midlertidige forsørgelse forbedrede mulighederne for. Heller ikke i forhold til de tre gruppers forestillinger om hvordan målet skal nås var der afgørende uoverensstemmelser. For dem alle var reelt samarbejde baseret på gensidig tillid det middel, der skulle sikre det ønskede udkomme.

Derimod vil der i det følgende argumenteres for at en række kontekstuelle faktorer og andre forhold, der virker som moderatører i forhold til samarbejdsmodellens virkningsteori, kan forklare de udeblevne effekter.

Figur 6. Kausalmodel udbygget med kontekstuelle faktorer (F) og moderatoren (M)



Forventningerne til virkningen af samarbejdsmodellen var:

- Der var en fælles forventning til at samarbejdsmodellen vil medføre bedre dokumentation. En rettidig dokumentation, der indeholdt relevante, objektive og helhedsorienterede helbredsmæssige oplysninger, der ville medvirke til at skabe overblik og afklaring af den sygemeldtes sociale forhold
- Sagsbehandlerne havde en forventning til kvalitet i sagsbehandlingen ved tidlig indsats og minimering af flaskehalse (ressourcer og ventetid)
- Lægekonsulenterne havde en forventning til at den sygemeldtes ressourcer i højere grad inkluderes i sagsbehandlingen
- Personalet i smertecentrene havde en forventning til at smertecentrenes specialkompetencer blev anerkendt og anvendt
- Der var en fælles forventning til at samarbejdsmodellen vil medføre reelt samarbejde og tillid mellem alle involverede

Forventningen til at samarbejdsmodellen ville medføre bedre dokumentation, der var medvirkende til at skabe overblik og afklaring af den sygemeldtes sociale forhold, synes ikke ubetinget at være nået med den tværsektorielle samarbejdsmodel. Flere forhold synes at have betydning for dette. Dokumentation fra smertecenteret udgør kun en mindre del af den samlede dokumentation i et sygedagpengeforløb. Derudover peger erfaringen blandt sygemeldte, sagsbehandlere og lægekonsulenter på at dokumentationen ofte ingen, eller ingen større betydning fik.

For at en dokumentation udfærdiget i et smertecenter anvendes i det sociale system, må den opleves som relevant, objektiv og helhedsorienteret. Som det fremgår af afsnit 4.4.2 og 7.2.1 har de helbredsmæssige forhold og dermed speciallægevurdering(er) afgørende betydning for afklaring af en sygedagpengesag. Da det er lægekonsulenterne der rådgiver sagsbehandlerne i forhold til dette område, må det anses for at være af afgørende betydning om speciallægevurderingen, herunder diagnosticeringen af kroniske smerter, opleves som anvendelig og troværdig af lægekonsulenterne. *Hvorvidt dokumentationen af kroniske smerter, af lægekonsulenten opleves som relevant og objektiv bliver dermed en moderator i forhold til samarbejdsmodellens udkomme.*

Sagsbehandlernes forventninger til bedre kvalitet i sagsbehandlingen ved tidlig indsats og minimering af flaskehalse (ressourcer og ventetid) skulle være tilgodeset gennem identifikation af sygemeldte med komplekse kroniske smerter, direkte henvisning til et tværfagligt smertecenter, samt relevant og rettidig dokumentation. På trods af kompetenceudvikling og forsøg med involvering af personale fra smertecentrene viste det sig vanskeligt at identificere denne gruppe af sygemeldte. Den direkte henvisning til smertecentret blev generelt ikke anvendt. Sagsbehandlerressourcer var ikke en del af samarbejdsmodellen, men netop denne ressource synes at have betydning for implementeringen af samarbejdsmodellen og for udbyttet af kompetenceudviklingen. *Sagsbehandlerressourcer og viden om komplekse kroniske smerter, udgør dermed kontekstuelle faktorer. Medens fjernelsen af ventetid til smertecentre ligeledes udgør en kontekstuel faktor bliver anvendelsen af den direkte henvisning en moderator for samarbejdsmodellens udkomme.*

Lægekonsulenternes forventning til, at de sygemeldtes ressourcer i højere grad inkluderes i sagsbehandlingen, forsøges allerede varetaget gennem lovgivningens vægtning af sociale forhold og den funktionsbeskrivelse der udarbejdes i jobcentret. Derudover indgik der i samarbejdsmodellen en funktionsbeskrivelse udfærdiget af en socialrådgiver med specialkendskab til komplekse kroniske smerter. Der synes således ikke at være uenighed om forventningen til at den sygemeldtes ressourcer inkluderes i dokumentation, men derimod kan der sættes spørgsmålstegn ved den reelle betydning af de sociale forhold. Medens såvel sagsbehandlere som lægekonsulenter anerkendte lovgivningens vægtning af sociale forhold, så erkendte de også at det var de helbredsmæssige forhold, der i sidste ende havde betydning for afklaring af en sygedagpengesag. *Hvorvidt funktionsbeskrivelsen,*

udarbejdet i smertecentret, læses og anvendes i det sociale system, udgør en moderator i forhold til samarbejdsmodellens resultat.

Såvel sagsbehandlere som personale i smertecentrene pegede på betydningen af at den sygemeldte er samarbejdsvillig, aktiv og realistisk i forhold til behandling/sagsbehandling. Som det fremgår af interviews med sygemeldte med komplekse kroniske smerter, deler de en forventning til egen indsats men peger også på at det kan være svært at håndtere både smerter, usikkerhed og forventninger fra flere sider på samme tid. Et forhold der formentlig kan lattes ved grundig information om hvad der skal ske, hvilke muligheder der er, og hvad der forventes af hvem. Imidlertid var de sygemeldte og deres involvering eller behov for information ikke en integreret del af samarbejdsmodellen (kun som en mulighed for at arrangere et møde mellem de involverede parter). *Hvorvidt den sygemeldte forholder sig aktivt og realistisk til udredning og sagsbehandling, udgør en moderator i forhold til samarbejdsmodellens resultat.*

Medens personalet i smertecentrene forventede at samarbejdsmodellen ville føre til at deres specialkompetencer blev anerkendt og anvendt, var dette ikke en del af virkningsteorien for de to andre aktørgrupper. Manglende viden og faglig uenighed om diagnosticering af komplekse kroniske smerter, samt manglende indbyrdes kendskab synes at udgøre barrierer for såvel anerkendelse som anvendelse af smertecentrenes specialkompetencer. En sygemeldt oplevede at det personlige møde der opstod, da sagsbehandleren besøgte smertecentret, medførte en helt anden forståelse for hendes smerter. *Hvorvidt smertecentrenes specialkompetencer anerkendes og anvendes i det sociale system udgør en moderator i forhold til samarbejdsmodellens resultat.*

Hvis afklaring af forsørgelsesgrundlaget for sygemeldte med kroniske smerter bedst løses gennem tværsektorielt samarbejde, så forudsætter det kendskab til og forståelse for hinandens arbejdsmetoder og teorigrundlag. En forudsætning der ikke blev opfyldt, idet samarbejdsmodellen nok inkluderede en fælles målsætning om en kortere afklarings tid, men i praksis ikke inkluderede et reelt samarbejde om de sygemeldte, selvom der var lagt op til muligheden for fælles møder. Det samarbejde, der blev skabt, kan således ikke karakteriseres som reelt tværsektorielt samarbejde, men mere som et forsøg på at påvirke det allerede etablerede samarbejde mellem sagsbehandler og lægekonsulent vha. en speciallægeerklæring og en funktionsbeskrivelse fra et tværfagligt smertecenter. *Forudsætninger, omfang og indhold af samarbejde og kommunikation udgør moderatorer i forhold til hvorvidt der skabes et tværsektorielt samarbejde mellem de involverede aktører.*

Samlet set var den udviklede og afprøvede samarbejdsmodel ikke i stand til at indfri den fælles forventning om reelt samarbejde og tillid mellem alle involverede idet dette formodes at forudsætte såvel en fælles målsætning som kendskab til og anerkendelse af hinandens arbejdsmetoder og teorigrundlag. Såvel forhold omkring implementeringen som forhold i

virknings teorien, i form af en række moderatorer og et fravær af betydningsfulde kontekstuelle forhold, var medvirkende til at dette ikke lykkedes, og at samarbejdsmodellen ikke fik det forventede udkomme.

Hvorvidt samarbejdsmodellen kan repareres, afhænger af om de kontekstuelle faktorer kan tilgodeses, og om et fremtidigt arbejde med de identificerede moderatorer lykkes. Forslag til hvordan der kan arbejdes videre med det sidste præsenteres og diskuteres i rapportens afsluttende kapitel 9.

9 Konklusion og perspektivering

Formålet med projektet var at udvikle, afprøve og vurdere en tværsektoriel samarbejdsmodel, der skulle resultere i en bedre afklaring af sygemeldte med komplekse kroniske smerter.

Forventningen til samarbejdsmodellen var at et samarbejde mellem jobcentre og smertecentre, samt et dokument udfærdiget på et tværfagligt smertecenter kunne give det nødvendige overblik, og dermed medvirke til en afklaring af sygedagpengesagen. Projektet viste at udfærdigelse af et sådant dokument kun udgør en lille del af den samlede sagsbehandling og at det ikke lykkedes at etablere det ønskede samarbejde mellem sektorerne.

Det lykkedes således kun at identificere og dermed inkludere et mindre antal sygemeldte med komplekse kroniske smerter i projektets randomiserede undersøgelse. Den randomiserede undersøgelse, hvori halvdelen af deltagerne modtog smerteudredning efter den udviklede tværsektorielle samarbejdsmodel og den anden halvdel fulgte sædvanlig sagsbehandling, var ikke i stand til at påvise det forventede udbytte.

Vi fandt ingen forskel på hvor hurtigt sygemeldte i de to grupper blev afklaret og kom væk fra sygedagpenge til andet forsørgelsesgrundlag ligesom der ingen forskel var i forhold til hvilket forsørgelsesgrundlag deltagerne havde ved 12 måneders opfølgning. Der vurderes heller ikke at være forskel mellem de to grupper i forhold til forbrug af sundhedsydelser eller i forhold til tilfredshed med forløb og udkomme af sagsbehandlingen.

Undersøgelsens lille antal deltagere kan betyde, at en eventuel effekt er overset (type II fejl). Det er dog projektgruppens vurdering at en række af barrierer for samarbejdet har medført, at der ikke kan forventes signifikante effekter af interventionen.

Den programteoretiske analyse har imidlertid afdækket en række forhold der påvirker det forventede udbytte af samarbejdsmodellen.

Projektet viser at sygemeldte med komplekse kroniske smerter er vanskelige at identificere og afklare i det sociale system. Den vanskelige sagsbehandling medfører en risiko for at der indhentes et stort antal attester og såvel kvaliteten af attester, som omfanget af disse, har betydning for om der kan skabes det nødvendige overblik, så der kan nås til en hurtig og relevant afklaring.

Dokumentation af de helbredsmæssige forholds betydning for funktions- og arbejdsevne hos den sygemeldte udarbejdes i sundhedsvæsnet, og tolkes derefter i det sociale system af sagsbehandlere og lægekonsulenter. Hvordan dokumentationen udformes i sundhedsvæsnet har derfor betydning for anvendeligheden. For at en dokumentation udfærdiget i sundhedsvæsnet anvendes i det sociale system, må den opleves som relevant, objektiv og

helhedsorienteret af modtagerne. Da det er lægekonsulenterne der rådgiver sagsbehandlerne i forhold til de helbredsmæssige forhold, må det anses for at være af afgørende betydning om dokumentationen, herunder diagnosticering af kroniske smerter, opleves som anvendelig og troværdig af lægekonsulenterne, ligesom man må forvente at de er fagligt opdateret.

Siden indførelsen af arbejdsevnetoden og ressourceprofilerne i 2003 har det været intentionen at inddrage andre forhold end de helbredsmæssige i vurderingen af forsørgelsesgrundlaget. Medens der er en generel forventning til at den sygemeldtes ressourcer inkluderes i dokumentation, kan der sættes spørgsmålstejn ved den reelle betydning af de sociale forhold for afklaringen og dermed også hvordan funktionsbeskrivelsen, udarbejdet i smertecentret, læses og anvendes i det sociale system.

Sagsbehandlerressourcer var ikke en del af samarbejdsmodellen, men netop denne ressource og et stort personaleflow synes at have betydning for implementeringen af samarbejdsmodellen og for udbyttet af kompetenceudviklingen. Ligesom projektformen, med den indbyggede midlertidighed, store mængde information og det faktum at halvdelen af de sygemeldte alligevel udtrækkes til vanlig praksis, kan udgøre en hindring og overskygge indholdet af et tiltag.

Samarbejdsmodellen inkluderede en fælles målsætning om en kortere afklaringsperiode, men adresserede ikke i tilstrækkeligt omfang forskelle i forhold til opgaver og dermed fokus, eller forskelle i opfattelse af og viden om komplekse kroniske smerter. Udover at der mellem de to sektorer er et sammenfaldende mål om afklaring af den sygemeldtes forsørgelsesgrundlag er der et forskelligt mål for hhv. jobcentre og smertecentre, bestemt af forskelle i opgaver og fokus. Da opgaven i det sociale system er at få sygedagpengemodtagere tilbage til selvforsørgelse på arbejdsmarkedet, alternativt at opnå en afklaring til andet varigt forsørgelsesgrundlag, er fokus her på den sygemeldtes ressourcer i forhold til arbejdsmarkedet. Jobcentrenes vurderinger har derfor primært udgangspunkt i den sygemeldtes arbejdsevne og helbredsmæssige ændringer der har betydning for denne. Opgaven i smertecentrene er normalt behandling af patienter og fokus er her på at forbedre livskvaliteten, generelt i forhold til den sygemeldtes samlede livssituation, og ikke specifikt i forhold til arbejdsevnen.

Baggrunden for samarbejdsmodellen var et ønske om at skabe et reelt samarbejde. Imidlertid kan det samarbejde, der blev skabt ikke karakteriseres som reelt tværsektorielt samarbejde, men mere som et forsøg på at kvalificere det allerede etablerede samarbejde mellem sagsbehandler og lægekonsulent i jobcentrene vha. en speciallægeerklæring og en funktionsbeskrivelse udfærdiget i et tværfagligt smertecenter. Hvis der skal skabes et reelt samarbejde synes dette at forudsætte, ud over rammer og strukturer, en tillid mellem de involverede aktørgrupper baseret på såvel en fælles målsætning som kendskab, forståelse og anerkendelse af hinandens arbejdsmetoder og teorigrundlag.

9.1 Hvordan kommer vi videre

Den offentlige sektors indsats er ofte informationer og ydelser, hvilket betyder at der sjældent er tale om generelle lovmæssige sammenhænge mellem indsats og resultater og hvor de samlede effekter kan være marginale i forhold til de mange andre kræfter, der er på spil i store og komplekse organisationer (3).

Talrige initiativer og megen aktivitet har i årevis præget sundhedssystemet og det sociale system i forsøg på at løse eller reducere problemet med kroniske smerter. Ansatte i sundhedssystemet må erkende, at de hyppigst ikke kan »helbrede« kroniske smerter selv ikke i de tilfælde, hvor en sandsynlig ætiologi forekommer, og ansatte i socialsystemet må erkende, at nogle individer af forskellige årsager ikke »passer« ind i det traditionelle arbejdsmarked (17).

Området omkring personer med komplekse kroniske smertetilstande er særdeles kompliceret og præget af mangel på strategi og koordination med hensyn til viden, behandling og målsætninger. Og problemets omfang synes at ekspandere i den vestlige verden. Det er nødvendigt at overveje, om det nuværende system i tilstrækkelig grad tilgodeser kroniske smertepatienters behov, herunder om der er behov for, at skabe et tættere samarbejde mellem det sociale system og den primære og sekundære sundhedssektor.

Erfaringer fra 10 kommuner om flygtning/indvandreres tilknytning til arbejdsmarkedet viser at en sammenhængende tværsektoriel indsats både resulterer i at flere kommer (tilbage) på arbejdsmarkedet og at indsatsen er økonomisk rentabel for samfundet (12). På mange måder ligner forbeholdene for sygemeldte med komplekse kroniske smerter forbeholdene for flygtninge/indvandrere, idet det i begge tilfælde drejer sig om marginaliserede grupper, hvor det kan være svært at forstå årsagssammenhængen.

Hvad kan ”motivere” til et tværsektorielt samarbejde. Et tidligere projekt om Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge (SIKS) viste at kendskab og tillid mellem de forskellige aktører er helt væsentligt for at samarbejdet skal kunne lykkes (44). Fra den psykologiske litteratur ved man at mindst tre faktorer skal være opfyldt for at man kan skabe en forandring (45): Parathed (dvs. relativ prioritering), villighed og evne.

Medens det tværsektorielle samarbejdsprojekt ikke synes at have øget samarbejdet tilstrækkeligt, har det til gengæld afdækket nogle af de områder som i fremtiden kan forbedres.

Hvis der fremover skal arbejdes med en hurtigere afklaring af sygemeldte med komplekse kroniske smerter tyder erfaringerne fra denne undersøgelse på at afklaring af sygemeldte med komplekse kroniske smerter bør foregå i en sammenhængende tværfaglig og tværsektoriel indsats.

- Der må arbejdes med at etablere nye alternative samarbejdsformer for derved at styrke brugen af specialviden på tværs af sektorer. Samarbejdsformen må tilgodese mulighed for kontinuerligt samarbejde, sagsbehandling og forståelse for hinandens referencerammer samt forståelse af smertetilstanden og afklaring af forsørgelsesgrundlaget
- Systematisk undervisning i smerterelaterede problemstillinger må kontinuerligt tilbydes nuværende og kommende læger, sagsbehandlere og konsulenter der deltager i identificering, afklaring og behandling af sygemeldte med komplekse kroniske smerter
- Der er behov for større gennemsigtighed i vægtningen af de forskellige delelementer i ressourceprofilen
- Der må formuleres retningslinjer for udformning og indhold af begæring af speciallægeerklæringer og for udformning og indhold i den lægelige dokumentation, omhandlende sygemeldte med komplekse kroniske smerter. Det foreslås, at et udvalg af interessenter fra social- og sundhedsvæsenet udfærdiger retningslinjer og sikrer at viden om disse retningslinjer, og om den aktuelle lovgivning når de rette personer

10 Referencer

1. Gullacksen, AC. Når smärtan blir en del av livet. Livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder. Helsingborg: Gyllene Snittet AB 1999
2. Wallace W. The Logic of Science in Sociology. New York 1971
3. Pawson R, Tilley N. Realistic evaluation. London: Sage 1997
4. Dahler-Larsen P, i Dahler-Larsen P, Krogstrup HK. Nye veje i Evaluering. Academica 2003
5. Evert Vedung. Utvärdering i politik och förvaltning. Lund Studentlitteratur 1998
6. Hansen MB, Vedung E. Evaluering af Fælles sprog i den kommunale ældrepleje. Odense: SDU Universitets forlag 2005
7. Hansen H.P. I: Kristensen FB, Sigmund H (red,) Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering 2007, side 109-120
8. Riis P, Scaffalitzky de Muckadell O B. Den kontrollerede kliniske undersøgelse. I: Andeersen D. et al. (reds.) Sundhedsvidenskabelig forskning. En introduktion. København: Fadl 1999.
9. Jadad, A R. Randomised Controlled Trials. A user's guide. London: BMJ Books 1998
10. Rasmussen C, Fonager K. Forebyggelse af kronisk invaliderende ryggsygdom hos sygemeldte. Sygehus Vendsyssel 2006
11. Kilsgaard J, Sherson D, Bültmann U, Olsen J, Pedersen J, Lund T. Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet. Arbejdsmiljøinstituttet 2006
12. Helbred og Integration. Erfaringer og anbefalinger fra 10 kommuner med indsats for flygtninge/indvandrere med sygdomsoplevelser. Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration: LG Insight 2009
13. Pain journal. 1979:250
14. Drewes AM. Smertefysiologi. Ugeskrift for Læger 2006;168(20):1941
15. Riis P. I: Jensen TS, Dahl JB Arendt-Nielsen L (red:) Smerter - Baggrund evidens og behandling. FadLs forlag 2009
16. Jensen TS et al i: Jensen TS, Dahl JB Arendt-Nielsen L (red:) Smerter - Baggrund evidens og behandling FadLs forlag 2009

17. Eriksen J & Sjøgren P. Epidemiologiske forhold vedrørende langvarige/kroniske noncancersmerter i Danmark. Ugeskr Læger 2006;168(20):1947
18. Jensen N-H & Frølich S. Behandling af kroniske smerter – en underprioriteret samfundsopgave. Ugeskr Læger 2006;168(20):1940
19. Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. Pain 2003;106:221-8
20. Becker N, Thomsen AB, Olsen AK et al. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. Pain 1997;73:393-400
21. Eriksen J, Olesen A S, Sjøgren P: Organisation af smerteområdet. I Jensen TS, Dahl JB, Arendt-Nielsen L (red) Smerter - Smerter - en lærebog. FADL'S forlag 2003.
22. Sjøgren P, Jensen NH: Praktisk Klinisk Smertebehandling 5. udgave Munksgaard 2009
23. Turk D et al. Critical Review in Physical and Rehab Medicine 1998;10(2):181-208
24. Sanders SH et al. Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. Pain Pract. 2005
25. SBU. Statens beredning för medicinsk utvärdering . Metoder för behandling av långvarig smärte. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm 2006
26. Glenton C. Chronic back pain sufferers – striving for the sick role. Social Science and Medicine. 2003;57:2243-2252
27. Sygedagpengeloven nr. 563 af 09/06/2006
28. KMD's sygedagpengeregister. tilgængelig på internetadressen: <http://www.jobindsats.dk>
29. Bodil Vendel Leder af jobcenter KBH, personlig meddelelse
30. Sygedagpenge guiden. Tilgængelig på internetadressen: <http://sdpguide.ams.dk>
31. Ariens GAM, Borghouts JAJ, Koes BW. Neck Pain. I: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, LeResche L, Von Korff M. Epidemiology of Pain. Task Force on Epidemiology. IASP Press 1999

32. Chojnowska E, Stannard C. I: Jensen S, Wilson PR, Rise ASC. Clinical Pain Management. Chronic Pain 2003
33. Frølich S, Videbech P. I: Schlüter og Søndergaard (red.) Skjulte lidelser. Psykologisk forlag 2009
34. Højlund P. Social retfærdighed. Doktordisputats. Roskilde Universitet. 2006
35. Mik-Meyer N. Dømt til personlig udvikling, Ph.d. afhandling. Københavns Universitet 2004
36. Carstens A. Aktivering. Hans Reitzel 1998
37. Villadsen K. Det sociale arbejdes genealogi. Ph.d. afhandling. Københavns Universitet 2004
38. Järvinen M, et al. Det magtfulde møde mellem system og klient. Århus Universitetsforlag 2002
39. Østergård M. Visitationsveje for en kronisk smerteramt med ledighed som problem. Et casestudie i Viborg Amt af visitationsnormer og kategoriseringsprincipper i sundhedsvæsenet og i det sociale system. Rapport. Århus Universitet og Viborg Amt 2005
40. Jensen M L, Olsen K R, Nielsen R Z, Andresaen M N, Gyrd-Hansen D. Sygedagpengemodtageres forbrug af sundhedsydelser. Dansk Sundhedsinstitut. April 2010.
41. Oplysninger om programmet Minim er tilgængelig på internetadressen: <http://www.sghms.ac.uk/depts/phs/guide/randser.htm>
42. Oplysninger om programmet Nvivo er tilgængelig på internetadressen: http://www.qsrinternational.com/products_nvivo.aspx
43. Halkier B. Fokusgrupper. 2. Udgave. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur. 2008
44. Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro 2008
45. Miller WR, Rollnick S: Motivationssamtalen. Gyldendals Akademiske Bogklubber 2004

11 Bilag

BILAG 1: SKRIFTLIG INFORMATION TIL DEN SYGEMELDTE

Informationsmaterialet blev trykt som en lille folder med 4 sider. Nedenfor ses først side 4, dernæst side 1, side 2 og side 3.

Forskningen vil bestå af optegnelser over hvilken udredning der er foregået og hvor langt forløbet har været. Derudover skal du besvare et spørgeskema nu og et spørgeskema efter 12 måneder, hvor forskningen afsluttes. Derudover vil en mindre gruppe af de deltagende borgere blive indbudt til et enkelt interview om 9-12 måneder.

Du hører til de borgere, der **inviteres** til at deltage i forskningsprojektet. Den udvælgelse er sket på baggrund af at du har langvarige smerter og er sygemeldt.

Vil du deltage ?

Hvis du ønsker at deltage i forskningen, skal du **indenfor den næste uge** udfylde den vedlagte samtykkeerklæring og spørgeskemaet. Begge dele sendes i den vedlagte kuvert (porto er betalt) til CAST, Syddansk Universitet. Når kuverten er modtaget vil du modtage besked om hvilket af de to udredningsforløb du skal følge.

Det er frivilligt om du vil deltage. Hvis du ønsker at deltage er du sikret anonymitet og du kan på ethvert tidspunkt trække dit tilsagn om at deltage tilbage. Hvis du ikke ønsker at deltage eller hvis du trækker dit tilsagn tilbage vil du følge det sædvanlige udredningsforløb i kommunen. Forskningen er tilmeldt Datatilsynet og overholder deres bestemmelser.

Har du yderligere spørgsmål til forskningsprojektet er du velkommen til at ringe til projektleder Anne Lee, CAST Syddansk Universitet på tlf. **65 50 30 86**

4


Forskning i social afklaring af borgere med kroniske smerter

Invitation til borgere med kroniske smerter om at være med i forskning

I forbindelse med at du modtager sygedagpenge fra Nyborg eller Odense Kommune inviteres du til at deltage i et forskningsprojekt. Forskningen skal give viden om hvordan der bedst og hurtigst kan nås en afklaring af den fremtidige arbejds- og forsørgelsessituation.

Dette hæfte indeholder information om Samarbejdsprojekt om borgere med kroniske smerter

Forskningen gennemføres fra 2007-2009 af en gruppe forskere tilknyttet Syddansk Universitet og Smertecentrene i Odense og Herlev. Forskningen er betalt af midler fra en pulje under Sundhedsstyrelsen og er uafhængig af kommunen.


SYDDANSK UNIVERSITET

Lidt om baggrunden

Borgere der igennem nogen tid har modtaget sygedagpenge fra kommunen indkaldes til en samtale med en sagsbehandler. Formålet med samtalen er at foretage en samlet vurdering af borgerens behov for behandling, optræning, revalidering for at fremme arbejdsfærdighed og hurtigst mulig raskmelding samt iværksætte den nødvendige indsats.

Borgere der er sygemeldt på grund af kroniske smerter gennemgår et udredningsforløb der kan betyde at borgeren henvises til relevante speciallæger og til arbejdsprøvning.

Når kommunen indkalder til en udredning og afklaring i forbindelse med modtagelse af sygedagpenge er det vigtigt at vide hvilken udredning der fungerer bedst og hurtigst. Derfor forskes der i forskellige former for udredning, ligesom for eksempel en læge forsker i hvilke piller der virker for hvad.

Det er vigtigt at beskrive hvilken udredning der fungerer bedst !

Målet er at forskningsprojektet skal:

- Skabe mere viden om hvilken udredning der fungerer bedst og hurtigst for forskellige borgere.
- Skabe grundlag for et bedre samarbejde mellem den sygemeldte borger, kommunen og de steder hvortil borgeren henvises.

For at få resultater skal 60 borgere i Nyborg og Odense melde sig frivilligt til at deltage i forskningen !

2

Lidt om udredning og afklaring

Sygedagpenge er en midlertidig ydelse der efter en periode skal tages op til vurdering. Derfor indkaldes den sygemeldte til samtale for at afklare muligheden for at vende tilbage til arbejdet. Der foretages en vurdering af om borgeren kan genoptage sit arbejde som tidligere eller om der skal anden støtte til. Det kunne være forskellige former for behandling, optræning, afklaring, støtte på arbejdspladsen, revalidering, fleksjob og evt. fortidspension.

For at nå denne afklaring indhentes relevante oplysninger om borgerens helbred og arbejdsevne. Udredning er individuel og kan derfor have forskellig længde. Hele forløbet foregår i et samarbejde mellem borgeren og kommunens forvaltning.

Lidt om forskningen

Forskningen omhandler borgere i København, Nyborg og Odense. Interesserede borgere vil deltage i **et af to forskellige udredningsforløb**, og fordelingen af hvilken borger der deltager i hvilket forløb sker tilfældigt.

Det ene forløb vil bestå i indhentning af relevante oplysninger om helbred og arbejdsevne, herunder indhentning af relevante læge- og evt. speciallægeundersøgelser og følger altså normal kommunal praksis. Det andet forløb vil bestå i indhentning af samme relevante oplysninger, men denne gruppe vil derudover få tilbudt en udvidet speciallægeerklæring og funktionsbeskrivelse på Smerteklinikken på Odense Universitets Hospital. Derudover vil der i begge forløb kunne indgå arbejdsprøvninger eller andet som er relevant for den enkelte borger.

116

BILAG 2: SAMTYKKEERKLÆRING

Borgerens ID:

Samtykkeerklæring til deltagelse i Samarbejdsprojekt om borgere med kroniske smerter.

Vi beder om dit samtykke til at følgende materiale kan indgå i forskningsprojektet:

- informationer indsamlet via gennemgang af kommunale sagsakter, spørgeskemaer, registertræk og eventuelt interview angående sociale og helbredsmæssige forhold

Oplysninger som du giver, vil blive sendt til forskningsenheden bestående af forskere fra CAST - Syddansk Universitet, Smertecenter Herlev og Smertecenter Fyn. Alle forskere er pålagt følgende regler, der sikrer fuld anonymitet:

- Oplysningerne kan kun anvendes med dit samtykke
- Alle oplysninger er fortrolige
- Oplysningerne bliver bevaret et sikkert sted og vil ikke være tilgængelig for andre end forskerne
- Resultaterne af forskningsprojektet vil indgå i en rapport, hvor resultaterne præsenteres på en måde, således at ingen kan genkende dig

Derudover beder vi dig om tilladelse til at informere din praktiserende læge om at du indgår i projektet.

Jeg giver herved mit samtykke til at deltage i Samarbejdsprojekt om borgere med kroniske smerter. Jeg har modtaget skriftlig information om forskningsprojektet samt en kopi af denne erklæring. Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og at jeg når som helst og uden begrundelse kan trække mit samtykke tilbage, således at jeg udtræder af projektet, uden at dette påvirker min ret til udredning eller andre rettigheder.

Jeg ønsker ikke at deltage i forskningsprojektet (hvis krydset sættes her bedes du returnere sedlen men uden at udfylde nedenstående)

Navn: _____ CPR. Nr. _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Min praktiserende læges navn: _____

Praktiserende læges adresse: _____

Dags dato: _____ Underskrift: _____

Denne erklæring sendes sammen med det udfyldte spørgeskema til CAST, Syddansk Universitet i vedlagte, frankerede kuvert. Kopien beholdes.

BILAG 3: VEJLEDNING TIL SAGSBEHANDLERE

Kære medarbejder.

Først vil vi gerne sige tak for din deltagelse i forskningsprojektet.

Formålet med forskningsprojektet er, at undersøge om det gør en forskel, på højt specialiseret niveau at udarbejde en tværfaglig funktionsbeskrivelse til afklaring af borgere med langvarige smerter, der gennem længere tid har modtaget sygedagpenge.

Vi ved at det indebærer ekstra arbejde at indgå i et projekt som dette. Som støtte til forståelse af forskningsprojektet og din deltagelse i projektet har vi udarbejdet en række informationspapirer. Materialet er samlet i projektmappen hvor også denne information findes.

Forskningsprojektet består af to grupper borgere. Den ene gruppe er de borgere, der i smertecentret i Herlev henholdsvis Odense, får udfærdiget en udvidet funktionsbeskrivelse (interventionsgruppen). Funktionsbeskrivelsen består dels af en speciallægeerklæring dels en funktionsbeskrivelse. Lægeerklæringen vil blive udarbejdet af en speciallæge tilknyttet

det respektive smertecentret. Funktionsbeskrivelsen udarbejdes af en socialrådgiver med særlige kompetencer tilknyttet projektet. Alt efter behov kan der tilføjes en beskrivelse ved en psykolog tilknyttet smertecentret.

Den anden gruppe er kontrolgruppen. Borgerne i denne gruppe beskrives og udredes efter de sædvanlige rutiner i kommunen.

Din funktion i dette projekt er at få øje på de borgere der kan indgå i projektet, at introducere disse borgere til projektet samt at føre en projektjournal (logbog) over de borgere der indgår i projektet.

Kan en borger indgå i forskningsprojektet?

Til at afgøre dette anvendes et ”Inkluderingskema”.

Mulige projektdeltagere er borgere, hvor

- Borgeren har været sygemeldt i mere end 8 uger (ingen maksimal sygeperiode)
- Borgeren opfylder inklusionskriterierne
- Borgeren ønsker at indgå i forskningsprojektet.

Deltagende borgere skal, før de bliver en del af forskningsprojektet

- have skriftlig og mundtlig information om forskningsprojektet
- afgive skriftligt samtykke om deltagelse i forskningsprojektet.

Hvad indebærer det for borgeren at være med i forskningsprojektet?

Deltagelse i projektet indebærer besvarelse af 2 spørgeskemaer; første gang inden lodtrækning og anden gang 12 måneder efter lodtrækning.

For borgere der skal udredes i et smertecenter, skal borgeren møde 5 til 6 gange på smertecentrene i henholdsvis Herlev og Odense. Forløbet vil starte få uger efter lodtrækning og vare 3 til 6 måneder alt i alt. Fra borgeren er informeret om projektet til lodtrækningen kan der gå op til 2 uger. Uanset hvor i projektforløbet borgeren er fortsætter rutinerne i kommunen.

Spørgeskemaundersøgelserne.

Formålet med de to spørgeskemaer er at kortlægge borgerens situation og baggrund socialt og helbredsmæssigt.

Fokusgruppeinterview.

Enkelte borgere fra både interventionsgruppen og fra kontrolgruppen vil blive inviteret til et interview angående behandlingsforløbene. Interviewet vil finde sted mellem 9 og 12 måneder efter lodtrækning.

Til sagsbehandleren er der udarbejdet ”støtte-papirer”, særligt målrettet denne gruppes opgaver i forbindelse med forskningsprojektet:

- Handle- og taleguide til sagsbehandler
- Logbog til at følge forløbene

Hvis du har spørgsmål om forskningsprojektet, er du altid meget velkommen til at kontakte forskningsenheden: projektleder Anne Lee, Syddansk Universitet på tlf . 65 50 38 86, e-mail: ale@cast.sdu.dk eller overlæge Gitte Handberg, Smertecenter Fyn på tlf. 65413907, e-mail: gitte.handberg@ouh.fyns-amt.dk . Projektets postadresse: CAST, Syddansk Universitet, J.B. Winsløvs Vej 9B, 1. sal tv., 5000 Odense C (Att.: Anne Lee)

BILAG 4: SPOTLISTE borgere med kroniske komplekse smerter:

- Smerter i mere end 6 mdr.
- Borgeren er ramt både fysisk, psykisk og socialt
- Reagerer ikke på sædvanlig behandling

- Ringe eller ingen sammenhæng mellem smerter og evt. udløsende årsag.
- Dårlig søvn.
- Øget træthed
- Øget irritabilitet.
- Depression/angst.
- Kognitive problemer (koncentrationsbesvær, påvirket korttidshukommelse, nedsat stresstærskel).
- Miste arbejde/skifte arbejde.
- Problemer i husholdningen.
- Fritidsinteresser (ophørt/ændret).
- Isolationstendens (Omgang med venner og bekendte indskrænket).
- Seksuallivet kan være påvirket.
- Lavt selvværd

BILAG 5: TALE- OG HANDLEGUIDE

Introduktion

Denne disposition er tænkt som en hjælp til dig, idet du som sagsbehandler/visitator har en vigtig formidlerrolle i forskningsprojektet.

Dispositionen skal hjælpe dig til at huske de forskellige dele, som du skal præsentere for de borgere der kan indgå i projektet.

Samtidig skal dispositionen støtte dig i forståelsen af forskningsprojektet, så du kan besvare eventuelle spørgsmål fra borgerne om projektets opbygning mv.

Dine ansvarsområder i forhold til forskningsprojektet er beskrevet i de indrammede afsnit.

Visitering og information til borgere om forskningsprojektet

Du udfylder et inkluderingskema for alle borgere der er mulige deltagere i projektet.

Skemaet udfyldes så hvidt muligt uden inddragelse af borgeren.

Er resultatet, at borgeren ”ekskluderes”, skal borgeren ikke involveres i forskningsprojektet, og du informerer dem derfor ikke yderligere. Du bedes angive årsag til eksklusion af borgeren på inkluderingskemaet.

Du sikrer dig, at alle spørgsmål i inkluderingskemaet er udfyldt, hvorved der indsamles et anonymiseret billede af, hvilke borgere, der ikke kan indgå i forskningsprojektet. Du sender en kopi af inklusionsskemaet til CAST i vedlagte frankerede svarkuvert og lægger originalen i sagsmappen.

Er resultatet at borgeren kan inkluderes, skal borgeren informeres om forskningsprojektet.

Du introducerer borgeren til forskningsprojektet ved at:

- Udlevere pjecen om forskningsprojektet målrettet borgeren: ”Invitation til borgeren”.

Du supplerer med en kort introduktion til forskningsprojektet, ved at omtale

- målet for forskningen ”at alle bliver klogere på, hvilke metoder der virker bedst i udredningen af mennesker med langvarige smerter, der vanskeliggør tilknytningen til arbejdsmarkedet”
- dataindsamlingsmetoderne, dvs. spørgeskema før og efter, interview, registerdata.
- lodtrækning mellem udredning i smertecenter, eller udredning i kommunen.
- at der er tale om udredning og ikke behandling – dvs. at såfremt en smertelæge bliver involveret i forløbet og denne finder at der er behov for ændringer i den medicinske behandling sker dette via egen læge.

Du afslutter denne introduktion med at svare på borgerens spørgsmål. Du skal sikre, at borgeren vil være i stand, til hjemme, at beslutte, om han/hun vil deltage i forskningsprojektet eller ej.

Er resultatet at borgeren siger nej tak til at deltage i forskningsprojektet skal borgeren ikke involveres yderligere i forskningsprojektet. Du anfører årsagen til, at borgeren eventuelt takkede nej på inkluderingskemaet, og sikrer dig i øvrigt, at inkluderingskemaet er

udfyldt for alle spørgsmål. Du sender en kopi af skemaet til forskningsenheden CAST i vedlagte frankerede svarkuvert og lægger originalen i sagsmappen. Herved indsamles anonymiserede oplysninger om de borgere, der opfyldte inkluderingskriterierne, men som har sagt nej til at deltage i forskningsprojektet.

Informationer til borgere i forskningsprojektet

For borgere, der *siger ja tak til at deltage i forskningsprojektet*, skal du introducere borgeren til samtykkeerklæringen, der skal medgives og i underskreven form sendes til forskerne på CAST. Borgeren beholder selv kopi af samtykkeerklæring. Samtidig udleveres spørgeskema. Borgeren medgives frankeret svarkuvert. Samtidig sikrer du, at inkluderingsskemaet er udfyldt for alle spørgsmål.

Du afkrydser på inklusionsskemaet at informationsmaterialet er udleveret. Derefter sikrer du at alle oplysninger i inklusionsskemaet er udfyldt og sender en kopi af det til CAST i vedlagte frankerede svarkuvert. Derefter registrerer du borgerens ID nr. (er fortrykt på inkluderingsskemaet) og borgerens CPR. Nr. på den overordnede logbog. (Her registreres alle borgere der har fået udleveret informationsmateriale for at sikre at du ved henvendelse fra CAST (der kun har ID nr.) kan genfinde borgeren).

Borgeren sender den underskrevne samtykkeerklæring og det udfyldte spørgeskema til CAST i den fortrykte og frankerede kuvert. Bemærk at borgeren får to samtykkeerklæringer med hjem – borgeren skal beholde den samtykkeerklæring der er markeret ”KOPI”.

Lodtrækning

Du informerer endvidere borgeren om, at der i alt vil komme til at indgå 120 borgere fra henholdsvis København, Nyborg og Odense kommuner i forskningsprojektet.

Halvdelen af borgerne vil blive udredt i Smertecentrene i Herlev eller Odense og den anden halvdel vil blive udredt i deres respektive kommuner. Fordelingen sker efter lodtrækning.

Lodtrækningen sker tilfældigt, dvs. at hver borger har lige stor sandsynlighed for enten udredning i smertecenter eller udredning i kommunen.

Lodtrækningen vil ske i den rækkefølge forskerne modtager samtykkeerklæringen og spørgeskemaet. Borgeren og sagsbehandleren vil få besked om lodtrækningens udfald umiddelbart efter lodtrækningen. Også patientens praktiserende læge vil blive orienteret om projektet og lodtrækningens udfald.

Det er forskningsenheden, der på baggrund af oplysninger om borgeren foranlediger at lodtrækningen foretages af et computer-program.

Såfremt forskerne inden 1 uge efter udlevering af samtykkeerklæring og spørgeskema ikke har modtaget svar fra borgeren udgår denne af projektet. Der bliver givet besked til sagsbehandleren såfremt denne situation opstår.

Udredningsforløbet påbegyndes

Sker der et frafald, skal du redegøre for årsagen til frafaldet på ”Frafaldsskema” og sende dette til CAST. Såfremt borgeren ved lodtrækningen skal til et smertecenter sender du en ”Henvisningsblanket” til smertecentret og oplyser borgeren om at han/hun vil modtage et brev fra Smertecentret om en mødedato. Kopi af henvisningsblanketten lægges i sagsmappen.

Baggrundsviden

Borgere, der henvises til udredning i et smertecenter vil ved første møde blive interviewet af en speciallæge med ekspertviden om kroniske smerter. Hvis lægen under interviewet finder forhold der bør korrigeres, f.eks. i forbindelse med den medicin borgeren bruger, vil speciallægen sende brev med anbefalinger om ændringer til den praktiserende læge. Der vil ikke blive startet egentlig behandling i smertecentrene.

Borgeren vil i smertecentret mødes med en projektsagsbehandler 2 til 4 gange med henblik på at udarbejde en funktionsbeskrivelse. Borgeren må påregne at der bliver lidt ”hjemmearbejde” i form af overvejelser om borgerens stærke/svage sider, ønsker og realistiske forventninger.

12 måneder efter lodtrækningen vil borgerne, uanset hvilken gruppe de tilhører modtage endnu et spørgeskema. Skemaet vil blive sendt med posten til borgeren. Det er vigtigt for

hele undersøgelsen at spørgeskemaet returneres hurtigst muligt i den vedlagte svarkuvert. Enkelte borgere vil have behov for hjælp til at udfylde skemaet – dette aftales individuelt. For den enkle borger er projektets observationsperiode 12 måneder. Uanset hvor i udredningsforløbet borgeren er på dette tidspunkt ophører projektet for den enkelte.

Anonymitet og datasikkerhed

Alle borgere er garanteret fuld anonymitet med hensyn til deres deltagelse i forskningsprojektet så snart projektet er afsluttet. De deltagende borgere tildeles et ID-nummer ved starten af projektet og alle resultater vil efterfølgende blive behandlet på en sådan måde, at de ikke er personhenførbare.

Logbog kommune

1. For hver borger udfyldes løbende et skema (logbog) over sagsgangen. Dette skema skal ligge i sagsmappen og vil blive indsamlet af en projektmedarbejder ved projektets afslutning.
2. I mappen med informationsmateriale sidder en side af en overordnet logbog for kommunen hvor sagsbehandleren noterer CPR-nummer og ID-nummer på hver borger der får udleveret informationsmateriale.

BILAG 6: INKLUDERINGSKEMA FOR SAMARBEJDSPROJEKT OM BORGERE MED KRONISKE SMERTER

Dato for udfyldelse:	/ - 200 <input type="checkbox"/>	
Borgerens ID:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Køn	<input type="checkbox"/> Mand	<input type="checkbox"/> Kvinde
Alder	_____ år	
Varighed af smerter	_____ år	
Anden etnisk oprindelse end dansk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Inklusionskriterier:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>a) Smerter gennem mindst 6 måneder</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>b) Langvarig sygdommeldding (mindst 8 uger, ingen øvre grænse)</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>c) Tilsyneladende ingen sammenhæng mellem smerteklage og adfærd</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>d) Forstyrret nattesøvn/øget træthed</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>e) Oplever sig deprimeret/angst/øget irriterabilitet</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>f) Lavt selvværd</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>g) Isolerer sig fra venner, bekendte og familie</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>h) En eller flere mislykkede arbejdsprøvnninger/revalideringer bag sig</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Eksklusionskriterier:		
<i>i) Smerter er relateret til kræftsygdom</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>j) Under 18 eller over 65 år</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>k) Har problemer med at forstå og tale dansk</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis der i inklusionskriterierne er svaret ja til både a og b samt til mindst et af c til h, og hvis der er svaret nej til de tre eksklusivskriterier informeres borgeren om projektet og informations-materialet udleveres, hvis borgeren er interesseret.		
Borgeren ønsker måske at deltage og informationsmaterialet er udleveret:	(sæt kryds <input type="checkbox"/>	
Borgeren ønsker ikke at deltage og informationsmaterialet er ikke udleveret:	(sæt kryds <input type="checkbox"/>	
Det angives med få bemærkninger hvorfor borgeren ikke ønsker at deltage:		
Navn på sagsbehandler (blokbogstaver): _____		Telefon: _____
Det noteres i logbog hvis informationsmaterialet er udleveret. En kopi af det udfyldte ark sendes til projektleder Anne Lee, CAST, J.B. Winsløvs Vej 9B, 1tv., 5000 Odense C. i en frankeret svarkuvert		

BILAG 7: LOGBOG, KOMMUNER

LOG FOR DELTAGER I SAMARBEJDSPROJEKT OM BORGERE MED KRONISKE SMERTER

Udfyldes løbende i forbindelse med information og tiltag i projektperioden. Ved afslutning af borgerens udredningsforløb (eller hvis borgeren udgår af projektet inden tid) og senest ved projektets afslutning blændes CPR. Nr. og skemaet afleveres til projektets kommunale kontaktperson (opbevares i sagsmappen).

CPR. NR.	Borgerens ID: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																				
Dato for udlevering af informations-materiale:																					
Dato for indsendelse af inklusionsskema til CAST:																					
Dato for meddelelse (fra CAST) om at borgeren ikke indgår i projektet:																					
Dato for modtagelse af resultat af lodtrækning (fra CAST):																					
Resultat af lodtrækning	<input type="checkbox"/> Interventionsgruppe <input type="checkbox"/> Kontrolgruppe																				
Datoer for borgerens møder hos sagsbehandler	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																				
Dato og sted/emne for henvisning																					
Dato for resultat/svar på ovenstående henvisning:																					
Dato og sted/emne for henvisning																					
Dato for resultat/svar på ovenstående henvisning:																					
Dato og sted/emne for henvisning																					
Dato for resultat/svar på ovenstående henvisning:																					
Dato og sted for henvisning																					
Dato for resultat/svar på ovenstående henvisning:																					
Dato og sted/emne for henvisning																					
Dato for resultat/svar på ovenstående henvisning:																					
Dato og sted/emne for henvisning																					
Dato for resultat/svar på ovenstående henvisning:																					
Dato for ophør af sygedagpenge:																					
Indhold af indstilling:																					
Dato for raskmelding:																					
Raskmeldt til:																					
Dato for evt. ophør i projektet inden tid:																					

BILAG 8: LOGBOG, SMERTECENTRE

LOG FOR DELTAGER I SAMARBEJDSPROJEKT OMBORGERE MED KRONISKE SMERTER

Udfyldes løbende i forbindelse med information og tiltag i projektperioden. Ved afslutning af borgerens udredningsforløb (eller hvis borgeren udgår af projektet inden tid) og senest ved projektets afslutning blændes CPR. Nr. og skemaet afleveres til CAST.

CPR. NR.	Borgerens ID: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dato for modtagelse af resultat af lodtrækning	
Dato for modtagelse af henvisning fra kommunen	
Dato for patientens møde i smertecentret og deltagere (titel) udover patienten	
Dato for patientens møde i smertecentret og deltagere (titel) udover patienten	
Dato for patientens møde i smertecentret og deltagere (titel) udover patienten	
Dato for patientens møde i smertecentret og deltagere udover patienten	
Dato for patientens møde i smertecentret og deltagere (titel) udover patienten	
Dato for afsendelse af funktionsbeskrivelse til kommunen	
Dato og deltagere (titel) i evt. møde med kommunen	
Samlet tidsforbrug: Konsultationer	
Samlet tidsforbrug: Skrivning	
Dato for evt. ophør i projektet inden tid:	

BILAG 9: BREV TIL SYGEMELDTE VEDR. PROJEKTET

Anæstesiologisk-
Intensiv Afdeling V

SMERTECENTER SYD, OUH

Sdr. Boulevard 29
DK-5000 Odense C
Tlf. 6541 3869

E-mail:
smertecentret@ouh.fyns-amt.dk

29. oktober 2009

Mange tak for din interesse for forskningsprojektet om borgere med kroniske hermed informationsmateriale, samtykkeerklæring og spørgeskema.

Har du spørgsmål til projektet er du meget velkommen til at kontakte

projektleder Anne Lee, Syddansk Universitet
[telefon 6550 3086](tel:65503086)

Hvis du efter at have læst materialet er interesseret i at deltage, vil vi bede dig underskrive samtykkeerklæringen, udfylde spørgeskemaet og sende disse til Syddansk Universitet i den vedlagte svarkuvert indenfor den næste uge (porto er betalt). Du vil derefter blive kontaktet fra Syddansk Universitet med nærmere besked.

Informationsfolderen og kopien af samtykkeerklæringen beholder du selv.

Mange hilsner

Gitte Handberg
Specialeansvarlig overlæge
Smertecenter Syd
Odense Universitetshospital

Jytte Andersen
Socialrådgiver
Smertecenter Syd
Odense Universitetshospital

Ønsket med denne undersøgelse var at udvikle, afprøve og evaluere en model for samarbejde mellem det sociale system repræsenteret af jobcentre og sundhedssystemet repræsenteret af tværfaglige smertecentre.

Formålet var at etablere et forløb for sygemeldte med komplekse kroniske smerter som kunne sikre, at relevant viden blev stillet til rådighed for de besluttende myndigheder.

Forløbet skulle endvidere sikre at der blev opnået hurtigere afklaring for den sygemeldte, således at sygedagpenge som midlertidig ydelse erstattes af et varigt forsørgelsesgrundlag.

Undersøgelsen viser at:

- Der må arbejdes med at etablere nye alternative samarbejdsformer for derved at styrke brugen af specialviden på tværs af sektorer. Samarbejdsformen må tilgodese mulighed for kontinuerligt samarbejde, sagsbehandling og forståelse for hinandens referencerammer samt forståelse af smertetilstanden og afklaring af forsørgelsesgrundlaget
- Systematisk undervisning i smerterelaterede problemstillinger må kontinuerligt tilbydes nuværende og kommende læger, sagsbehandlere og konsulenter der deltager i identificering, afklaring og behandling af sygemeldte med komplekse kroniske smerter
- Der er behov for større gennemsigtighed i vægtningen af de forskellige delelementer i ressourceprofilen
- Der må formuleres retningslinjer for udformning og indhold af begæring af speciallægeerklæringer og for udformning og indhold i den lægelige dokumentation, omhandlende sygemeldte med komplekse kroniske smerter. Det foreslås, at et udvalg af interessenter fra social- og sundhedsvæsnet udfærdiger retningslinjer samt sikrer at viden om disse retningslinjer, og om den aktuelle lovgivning når de rette personer