

Beskrivelse af det store TTA-forsøg

1. Indledning.....	2
2. Visitationsflow og samarbejdsflader i det store danske TTA-forsøg.....	3
3. Visitation af sager til TTA-indsats – Sagsbehandlerens opgaver	5
4. Etablering af TTA-kordinator og TTA-kordinators opgaver.....	5
5. Etablering af tværfagligt TTA-team og TTA-teamets opgaver	6
6. Etablering af samarbejde med en klinisk enhed og de kliniske enheders opgaver	7
7. Oplysninger til den samlede procesevaluering og effektvurdering	7
8. Forhold mellem sygefraværssager og TTA-kordinator / det tværfagligt TTA-team	8
9. Lodtrækning mellem kommuner til enten at gennemføre TTA-forsøget eller at være kontrolkommune.....	8
10. Formaliteter omkring ansøgningsproces.....	9
11. Økonomi.....	10
11.1 Estimat af omkostninger pr. kategori-2 sag i TTA-forsøget	11

1. Indledning

At være langtidssygemeldt indeholder ikke kun en helbredsmæssig risiko. Langtidssygemeldte har også en øget risiko for at miste arbejdet og at blive udstødt fra arbejdsmarkedet. Derfor har mange langtidssygemeldte ikke kun deres helbred at bekymre sig om. Sociale og økonomiske problemer opstår ofte i kølvandet på langtidssygefravær. Mange langtidssygemeldte har derfor behov for hjælp til at komme ud af den vanskelige situation, så de fortsat kan opleve at have et meningsfuldt liv på arbejdsmarkedet.

Regeringens Sygefraværshandlingsplan iværksætter en række initiativer med det formål at forbedre Tilbagevenden Til Arbejdet (TTA) og arbejdsfastholdelse. Forslag 37 omhandler iværksættelsen af nærværende TTA-forsøg, hvor gode erfaringer fra mindre undersøgelser skal implementeres i stor skala.

Særligt tre tiltag har erfaringsmæssigt vist at give god effekt i forhold til at sikre en hurtigere tilbagevenden til arbejdet for sygemeldte. De tre tiltag er:

- En tværfaglig afklaring
- En øget koordinering
- En tidligere indsats

Det store danske TTA-forsøg indeholder disse tre tiltag og implementerer dem i 2 faser, en hovedindsats og en supplerende indsats

Fase 1: Hovedindsats: - ansøgningsfrist september 2009

- Etablering af 40 TTA-koordinatorer
- Etablering af 20-40 tværfaglige TTA-team
- Etablering af 10 kontrolkommuner

Fase 2: Supplerende indsats: - ansøgningsfrist ultimo 2010

I fase 2 vil kontrolkommunerne indgå på lige fod med de hidtidige forsøgskommuner. Herudover vil der på baggrund af de indhøstede erfaringer blive taget stilling til en udvidelse af forsøget, herunder til en endnu tidligere indsats.

For uddybningen af eventuelle nye indsatser i fase 2 henvises til forebyggelsesfondens hjemmeside.

I første fase etableres 20 forsøgskommuner eller konsortier af forsøgskommuner og 10 kontrolkommuner. Fordelingen på henholdsvis kontrol- og forsøgskommuner sker ved lodtrækning.

Modellen gennemføres i fuld skala i forsøgskommunerne. Dvs. at samtlige sygemeldte i forsøgskommunerne bliver overvejet i forhold til indsatsen. Men i fase 1 er det kun sygemeldte, der vurderes som tilhørende kategori-2, som visiteres. Kategori 2 er de såkaldte risikosager, som består af sygemeldte med uafklarede hel-

bredspølemer og borgere, hvis erhvervsevne er truet af helbredsmæssige årsager.

Modellen indføres først fuldt ud i fase 2 i de 10 kontrolkommuner. Dvs. at kontrolkommunerne i fase 1 alene uddannes til og modtager økonomisk kompensation for at registrere sine sygefraværsforløb. I anden fase tilbydes kontrolkommunerne at få implementeret forsøget i fuld skala og med de justeringer, som det første års erfaringer i forsøgskommunerne giver anledning til.

Med deltagelse i det store danske TTA-forsøg får kommunerne mulighed for at få beskrevet, afprøvet og implementeret en indsats, som såvel forskning som tidligere projekterfaringer peger på som den mest effektive i forhold til at afkorte sygefraværsforløb.

Kommunerne får videreuddannet sagsbehandlere til TTA-koordinatorer, som dermed får særlig viden om, hvordan et optimalt samarbejde kan opnås mellem de centrale aktører i konkrete sager. De centrale aktører er: Den sygemeldte borgers arbejdsplads, sundhedssystemet (sygehus, sundhedscenter, praktiserende læge/speciallæge) og jobcentret.

Endvidere får kommunen etableret et tværfagligt TTA-team, der specielt uddannes i og opbygger erfaring med en særlig TTA-indsats i vanskelige kategori-2 sager. I de fleste tilfælde ansættes det tværfaglige TTA-team af kommunen, der selv vælger, hvor det tværfaglige TTA-team skal placeres.

TTA-forsøget leverer den grundlæggende teori og metode til at afklare den sygemeldte borgers behov og potentielle nytte af en tværfaglig indsats, men kommunen vælger selv, hvilke indsatser, der skal sættes i værk i hver enkel sag.

Gennem kommunens tilknytning af kliniske enheder sikres, at TTA-koordinatorer og TTA-team ikke møder forsinkelser i den kliniske rådgivning og udredning. Kommunen kan selv vælge, hvilken klinisk enhed, den vil samarbejde med, blot den kliniske enhed lever op til de faglige krav¹.

2. Visitationsflow og samarbejdsflader i det store danske TTA-forsøg

I det store danske TTA-forsøg anvendes den gældende praksis for sagsbehandlernes indledende visitation af sygemeldte borgere i tre kategorier (kategori-1 sager, kategori-2 sager og kategori-3 sager).

Alle kategori-1 og kategori-3 sager håndteres som hidtil af sagsbehandleren selv, mens kategori-2 sager visiteres til TTA-koordinatoren. Herefter indkalder TTA-koordinatoren borgeren til en samtale og foretager en analyse af borgerens behov samt motivation for en særlig indsats. I en del sager vil TTA-koordinatoren bedømme, at borgerens behov for en særlig indsats kan dækkes alene gennem TTA-

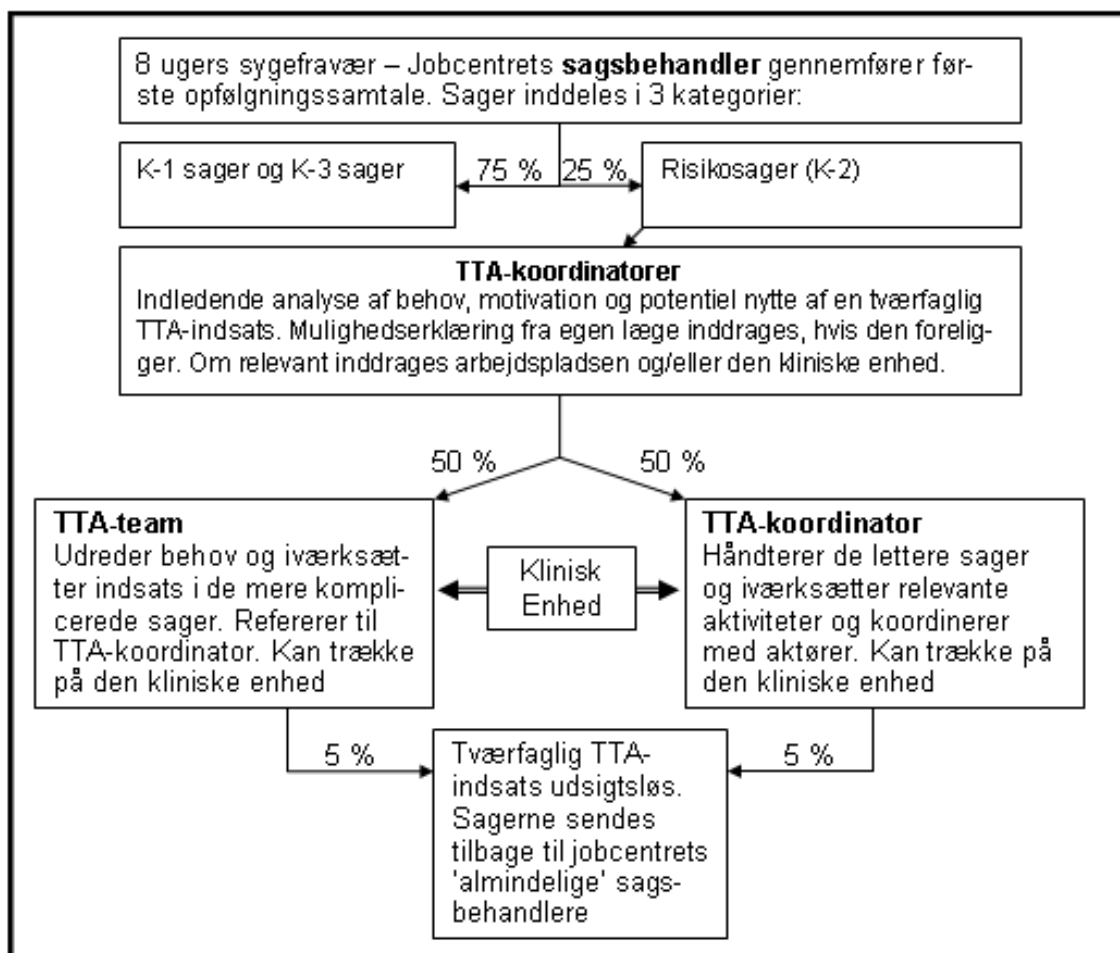
¹ Læs mere om de faglige krav til de kliniske enheder side 6

koordinatorens koordinering af sundhedssystemets aktører og arbejdspladsen, og at der derfor ikke er grund til at involvere det tværfaglige TTA-team. Er sagen kompliceret, kan TTA-koordinatoren overdrage sagen til det tværfaglige TTA-team. TTA-koordinatoren har i sådanne tilfælde stadig den koordinerende funktion.

De deltagende kommuner skal indgå aftaler med kliniske enheder med lægefaglig specialviden, som har til funktion at yde faglig rådgivning til TTA-teams og TTA-koordinatore samt varetage udredninger af borgere i særligt komplicerede sager. Med de kliniske enheders deltagelse sikres det, at der tages højde for eventuelle helbredsmæssige tilstande og udfordringer i forbindelse med hel eller delvis tilbagevenden til arbejde.

I figur 1 skitseres flowet for visitationen og samarbejdsflader i det store TTA-forsøg.

Figur 1 skitserer flowet i visitationen og samarbejdsflader (tallene i figuren er skønsmæssige og baseret på hidtidige erfaringer)



3. Visitation af sager til TTA-indsats – Sagsbehandlerne opgaver

- I alle deltagende kommuner (såvel TTA-forsøgskommuner som kontrolkommuner) afholder sagsbehandlerne ved jobcentrene opfølgningssamtalen og visiterer alle indkomne sager til kategori 1-3 ved anvendelse af det eksisterende oplysningsskema og visitationsguiden.
- I forsøgskommunerne visiteres alle kategori-2 sager til en særlig indsats via TTA-koordinatoren. De "almindelige" sagsbehandlere håndterer selv kategori-1 og kategori-3 sager efter den hidtidige praksis. I disse sager udformer sagsbehandlerne i såvel forsøgs- som kontrolkommunerne en oversigt over sagsforløbet efter retningslinjer, som projektstyringssekretariatet udstikker.
- Sagsbehandlerne ved de jobcentre, der implementerer TTA-forsøget fuldt, skal deltage i et introduktionsmøde, som projektstyringssekretariatet forestår. Dette møde vil finde sted i de enkelte kommuner.
- Udvalgte sagsbehandlere (såvel i TTA-forsøgskommuner som i kontrolkommuner) skal deltage i et kvalitativt fokusgruppeinterview af cirka 2 timers varighed.

4. Etablering af TTA-koordinator og TTA-koordinators opgaver

- TTA-koordinatorerne er sagsbehandlere, der er ansat ved jobcentrene og har de samme beslutningsbeføjelser som øvrige kommunale sagsbehandlere med ansvar for sygefraværssager.
- TTA-koordinatorer har gennemført den uddannelse, som TTA-forsøgets projektstyringssekretariat stiller til rådighed.
- Der skal mindst uddannes to TTA-koordinatorer for at sikre projektet en robusthed overfor fravær, sygdom el. lign. Evt. overskydende tid hos de uddannede TTA-koordinatorer kan indgå i den almindelige sagsbehandling (dog uden økonomisk støtte fra Forebyggelsesfonden).
- TTA-koordinatorer forventes - med en beskedent administrativ hjælp - at have kapaciteten til at håndtere ca. 170 indkomne kategori-2 sager pr. år.
- TTA-koordinatorer skal udføre en indledende analyse af borgerens behov, motivation og potentiel nytte af en tværfaglig TTA-indsats for kategori-2 sager. Det spørgeskemaredskab og den metode, som stilles til rådighed fra projektstyringssekretariatet, skal anvendes. Der tages udgangspunkt i den eksisterende ressourceprofil.
- TTA-koordinatorerne skal samarbejde med borgerens arbejdsplads, den kliniske enhed og det tværfaglige TTA-team. TTA-koordinatorerne skal inddrage det tværfaglige TTA-team i de sager, hvor der er behov for en særlig tværfaglig indsats (ca. halvdelen af de visiterede sager). Projektstyringssekretariatet stiller vejledninger og praktiske redskaber til rådighed, som TTA-koordinatorerne kan anvende i dette samarbejde.
- TTA-koordinatorerne skal deltage i 3 kvalitative fokusgruppeinterview over en toårig periode. Det er projektstyringssekretariatet, der gennemfører interviewene.

5. Etablering af tværfagligt TTA-team og TTA-teamets opgaver

- Forsøgskommunerne skal etablere et TTA-team bestående af psykologisk ekspertise og ekspertise inden for arbejdstilpasning og arbejdsevne. TTA-teamet skal minimum bestå af to personer: En psykolog og en person med mellemlang uddannelser (fx fysioterapeut/ergoterapeut, afspændingspædagog eller lignende), der typisk har erfaring med at arbejde med borgere i rehabiliteringsforløb samt erfaring med at tilpasse arbejdspladsens indretning og arbejdets indhold. Fordelen ved at mindre kommuner slår sig sammen i konsortier, er, at det skaber mulighed for at opnå tilstrækkeligt med indkomne sygefraværssager til opbygningen af et TTA-team af 4 personer (2 psykologer og 2 personer med mellemlang uddannelse og erfaring inden for rehabilitering). Derved kan teamet opnå større intern læring samt faglig spredning. Derudover bliver det større team mindre sårbart, hvis et medlem forlader teamet pga. barsel, nyt arbejde eller lignende. TTA-teamet kan suppleres med administrativ bistand.
- Som udgangspunkt ansættes TTA-teamet ved kommunens jobcenter. Men hvis særlige lokale forhold taler for det, kan TTA-teams også være en "anden aktør", som kommunerne køber denne serviceydelse fra.
- Kommunen vælger selv den fysiske placering af TTA-teamet. Nogle kommuner har allerede lægekonsulent, psykolog og fysioterapeut/ergoterapeut knyttet til jobcentret. I disse kommuner kan det være en god løsning at etablere TTA-teamet som en ressource i selve jobcentret. Alternativt kan kommunen fx vælge at etablere TTA-teamet i et kommunalt sundhedscenter/ rehabiliteringscenter, der i forvejen har etableret et fagligt miljø med relevante fagpersoner.
- Medlemmer i TTA-teamet skal gennemføre den uddannelse, som TTA-forsøgets projektstyringssekretariat stiller til rådighed.
- TTA-teamet skal i de indledende samtaler med den sygemeldte gennemføre en omfattende analyse af borgerens behov og motivation og i detaljer afklare, hvilken tværfaglig indsats, borgeren vil have størst nytte af i forhold til tilbagevenden til arbejdet. Til dette formål skal TTA-teams anvende de hjælpe- og analyseredskaber, der stilles til rådighed af projektstyringssekretariatet.
- Det tværfaglige team skal anvende de rehabiliteringsværktøjer og interventionsmetoder, som de er blevet undervist i på uddannelsen.
- Det tværfaglige TTA-team skal referere til jobcentrets TTA-koordinator, der træffer beslutninger i forhold til udgifter i forbindelse med indsatsen.
- TTA-teamet skal samarbejde med borgerens arbejdsplads i relevant omfang og med den kliniske enhed efter de vejledninger, der gives af TTA-forsøgets projektstyringssekretariat. Projektstyringssekretariatet stiller praktiske redskaber til rådighed, som TTA-teams kan anvende i dette samarbejde.
- TTA-teams skal deltage i 3 kvalitative fokusgruppeinterview over en toårig periode. Interviewene gennemføres af projektstyringssekretariatet.

6. Etablering af samarbejde med en klinisk enhed og de kliniske enheders opgaver

- Kommuner skal allerede ved ansøgningen have etableret et formelt samarbejde med den kliniske enhed, der skal stå for lægefaglig rådgivning af de tværfaglige TTA-teams og TTA-koordinatorer samt de medicinske udredninger. Den kliniske enhed er at opfatte som "anden aktør", som kommunen mod betaling kan rekvirere på forhånd definerede ydelser fra.
- Den kliniske enhed skal dokumentere at have speciallægeekspertise i arbejds- eller socialmedicin suppleret med psykiatrisk ekspertise til de sager, hvor psykiske helbredsproblemer er en væsentlig årsag til sygefraværet.
- Projektstyringssekretariatet arrangerer 3 faglige heldagskonferencer, som de kliniske enheder skal deltage i. Formålet med konferencerne er at sikre, at læger og psykiatere har kendskab til indholdet i det store TTA-forsøg og især har kendskab til de arbejdsgange og redskaber, som TTA-koordinatorerne og de tværfaglige TTA-teams skal anvende.
- Den kliniske enhed skal rådgive vedr. medicinsk udredning af sygemeldte borgere, der visiteres til TTA-koordinatoren med henblik på en særlig TTA-indsats.
- Den kliniske enhed skal gennemføre en ugentlig tre-timers konference med kommunens TTA-koordinatorer og TTA-team. Disse konferencer omfatter især lægefaglig rådgivning i forhold til specifikke sager, der har behov for afklaring. Ved disse konferencer deltager medicinsk ekspertise i somatiske lidelser (fx arbejds- eller socialmedicin) og medicinsk ekspertise i psykiske lidelser (psykiater). Der tages beslutningsreferater.
- Den kliniske enhed skal foretage en klinisk udredning i cirka halvdelen af de sager, der overgår til det tværfaglige TTA-team. Denne kliniske udredning, i form af en speciallægeerklæring, har særligt fokus på sammenhænge mellem borgerens sygdom og funktionsevne i arbejdet, dvs. borgerens mulighed for at kunne klare det pågældende arbejde. Tidsforbruget er erfaringsmæssigt 4 timer pr. patient.
- Den kliniske enhed skal deltage i 3 kvalitative fokusgruppeinterview over en to-årig periode. Interviewene gennemføres af projektstyringssekretariatet.

7. Oplysninger til den samlede procesevaluering og effektvurdering

For at kunne afgøre, hvordan TTA-forsøget virker i forhold til de forskellige årsager til sygefravær, og hvad der reelt virker i TTA-forsøget, er det nødvendigt at indsamle relevante personoplysninger om hvert sagsforløb fra både kontrolgruppe og interventionsgruppe. Disse oplysninger vil selvfølgelig blive behandlet fortroligt og efter Datatilsynets gældende regler.

De jobcentre, der gennemfører TTA-forsøgets indsats, skal - for hver afsluttet sygefraværssag - levere følgende oplysninger til projektstyringssekretariatet:

- Sagsbehandleren skal levere borgerens udfyldte oplysningsskema til første opfølgningssamtale med angivelse af, hvilken kategori (1-3), som sagen blev visiteret til.
- TTA-koordinator skal levere det spørgeskema, som alle sygemeldte borgere i kategori-2 skal udfylde som grundlag for den indledende analyse af behov, mo-

tivation og potentiel nytte af en tværfaglig TTA-indsats samt konklusionsskema for denne analyse. Heri skal også indgå resultatet af eventuelle kliniske udredninger fra egen læge og speciallæger, samt resultatet af eventuel kontakt med arbejdspladsen.

- TTA-koordinator skal for hver sag levere en oversigt over de aktiviteter, der er blevet gennemført med angivelse af hvornår, hvorfor og med hvilket resultat. Der vil være tale om et kort sammendrag af sagens forløb i skemaform.
- TTA-teams skal - via TTA-koordinatoren - levere konklusionsskema for den udvidede analyse af behov og motivation. Heri skal også indgå resultatet af en eventuel klinisk udredning foretaget af den kliniske enhed.
- Sagsbehandlere, TTA-koordinatore, tværfaglige team og læger/psykiatere fra den kliniske enhed skal deltage i de nævnte fokusgruppeinterviews.
- Med henblik på, at projektstyringssekretariatet kan gennemføre kvalitative interviews med andre centrale aktører, skal TTA-koordinator formidle kontakt til et mindre udtræk af virksomheder og praktiserende læger, som TTA-koordinator har været i kontakt med i forbindelse med en konkret TTA-indsats.

De jobcentre, der fungerer som kontrolcentre, skal - for hver afsluttet sygefraværssag - levere følgende oplysninger til projektstyringssekretariatet:

- Sagsbehandleren skal levere borgerens udfyldte oplysningsskema til første opfølgningssamtale med angivelse af, hvilken kategori (1-3), som sagen blev visiteret til.
- Alle sygemeldte borgere i kategori-2 skal anmodes om at udfylde det spørgeskema, der i TTA-forsøget danner grundlag for TTA-koordinators indledende behovs- og motivationsanalyse.

8. Forhold mellem sygefraværssager og TTA-koordinator / det tværfagligt TTA-team

En ansøgende kommune eller ansøgende konsortium af kommuner skal mindst have tilstrækkeligt med sygefraværssager til at holde en TTA-koordinator og et tværfagligt TTA-team (bestående af minimum to personer) beskæftiget. Det vil sige ca. 700 indkomne sygefraværssager pr. år. Dette skyldes, at 'kun' ca. 25 % forventes at være kategori-2 sager. En del kommuner er ikke store nok til at opfylde dette krav alene. Ønsker mindre kommuner at deltage, må det derfor ske via konsortier, hvor typisk 3 kommuner og en klinisk enhed forventes at gå sammen.

9. Lodtrækning mellem kommuner til enten at gennemføre TTA-forsøget eller at være kontrolkommune

Forebyggelsesfonden forventer, at ca. 30 kommuner (eller konsortier af kommuner), der opfylder kravet om tilstrækkeligt med sygefraværssager, bliver kvalitetsmæssigt og relevansmæssigt godkendt til at gennemføre TTA-forsøget. Disse kommuner skal på forhånd have accepteret en lodtrækning, hvor 20 kommuner udtrækkes til at gennemføre TTA-forsøget (1. fase) og 10 kommuner udtrækkes til at udgøre kontrolkommuner.

Kontrolkommunerne vil få tilbudt, at de kan indtræde på lige fod med forsøgskommunerne efter et år (fase 2). Indsatsen i fase to vil kun adskille sig ved, at der vil være tages højde for de erfaringer, som forsøgene giver i første fase.

Større jobcentre kan ansøge om at indgå i en lodtrækning mellem jobcentrets egne teams eller afdelinger, hvis de har et tilpas stort antal af indkomne sygefraværssager. I sådanne tilfælde må det ligeledes accepteres, at enkelte teams i runde 1 indgår som kontrolgruppe, hvorefter de er garanteret deltagelse i 2. runde.

10. Formaliteter omkring ansøgningsproces

De kommuner, der ønsker at deltage, ansøger hos Forebyggelsesfonden. Ansøgningsskemaet kan i ansøgningsperioden findes på virk.dk. Der skal anvendes digital medarbejdersignatur for at sende ansøgningen. Der vil i ansøgningsperioden ligge en vejledning til det digitale ansøgningsskema på www.forebyggelsesfonden.dk

De kommuner, som godkendes af det faglige rådgivende udvalg og i Forebyggelsesfondens bestyrelse, modtager tilsagn fra Forebyggelsesfonden i december 2009.

Tilsagnet fra Forebyggelsesfonden vil være betinget af, at retningslinjer for uddannelse af TTA-teams og TTA-koordinatorer og gennemførelse af den konkrete TTA-indsats efterleves, herunder at kommunen indsamler de relevante oplysninger til brug for den tværgående procesevaluering og effektvurdering af det store TTA-forsøg.

Ligeledes er tilsagnet betinget af, at rammer for sammensætningen af kompetencer i de tværfaglige TTA-teams efterleves. Hver deltagende kommune (eller konsortium af kommuner) skal have et tilstrækkeligt højt antal sager med mindst 8 ugers sygefravær til at kunne holde TTA-koordinator og TTA-team beskæftiget.

Tilsagnet omfatter også den kliniske enhed, som kommunen samarbejder med i TTA-forsøget. Den kliniske enhed kan i forhold til jobcentrets sagsbehandling af sygefraværssager opfattes som en ekstern "anden aktør", som jobcentret mod betaling kan købe fastlagte serviceydelser fra. Kommunen indgår således aftale med den kliniske enhed om leverance af disse ydelser. Finansiering af den kliniske enheds udgifter i TTA-forsøget skal indgå i kommunens budget.

De fleste kommuner har kun et enkelt jobcenter, og etablering af konsortier mellem 3 (eller flere) kommuner og en klinisk enhed kan derfor være nødvendigt for mindre kommuner.

Kommunerne skal acceptere, at de i det første år fordeles ved lodtrækning til enten at udgøre et forsøgsjobcenter, der implementerer forsøget med tværfaglige TTA-teams og TTA-koordinatorer, eller et kontrol-jobcenter, der i første omgang be-

handler sygefraværssager efter sædvanlig praksis, men som indsamler de oplysninger, der er nødvendige for at kunne gennemføre procesevaluering og effektivisering af TTA-forsøget.

TTA-forsøget gennemføres i to runder. De kommuner, der udtrækkes til at være kontrolkommuner, får mulighed for at overgå til den fulde indsats i anden runde af TTA-forsøget.

Større jobcentre kan ansøge om at indgå i en lodtrækning mellem jobcentrets egne teams eller afdelinger, hvis de har et tilpas stort antal af indkomne sygefraværssager. I sådanne tilfælde må det ligeledes accepteres, at enkelte teams i runde 1 indgår som kontrolgruppe, hvorefter de tilbydes deltagelse i 2. runde.

11. Økonomi

Forebyggelsesfonden vil anvende en model, hvor en kommune får tilsagn om støtte i form af et tilskud for deltagelse i det store TTA-forsøg. Nedenstående model er et foreløbigt estimat for tilsagnsstørrelse.

Tilskuddet skal skabe grundlag for, at kommunen kan etablere TTA-forsøget med TTA-koordinator, tværfagligt TTA-team og samarbejde med en klinisk enhed i et omfang, der svarer til antallet af sygefraværssager i kommunen. Størrelsen af den økonomiske ramme beregnes derfor ud fra den forventede årlige tilgang af nye kategori-2 sager i kommunen (25 % af alle nye sygefraværssager).

Som grundlag for at beregne den økonomiske ramme anvendes et princip, der har et estimat pr. kategori-2 sag af omkostninger (løn, drift og administration) til TTA-koordinator og tværfagligt TTA-team, samt køb af ydelser i den kliniske enhed.

Kommunens økonomiske ramme beregnes således ud fra et forventet antal kategori-2 sager, der i kommunen indgår i TTA-forsøget, men kommunen skal ikke regnskabsaflægge pr. sag. I stedet udbetales støtten til kommunen i rater efter Forebyggelsesfondens hidtidige praksis. Hvis der er væsentlige afvigelser mellem det forventede og det faktiske antal kategori-2 sager, som kommunen visiterer til TTA-forsøget, kan der være grundlag for at genforhandle og justere tilskuddet op eller ned.

En kommune skal mindst have sygefraværssager til at holde en TTA-koordinator og et tværfagligt TTA-team (bestående af minimum to personer) beskæftiget. Dette svarer til ca. 700 indkomne sygefraværssager pr. år, idet 25 % forventes at være kategori-2 sager. Der er grundlæggende intet til hinder for, at en kommune med fx 1000 indkomne sygefraværssager pr. år kan have 1½ TTA-koordinator og 1½ TTA-team svarende til tre personer. Det bemærkes, at kommunerne er forpligtet til at uddanne mindst to TTA-koordinatorer jf. afsnit 4.

De to TTA-koordinatorer, som kan arbejde på nedsat tid eller varetager andre opgaver i den resterende tid, er ikke finansieret af TTA-forsøget for så vidt angår ar-

bejde ud over TTA-koordinationen. Kommunen skal i ansøgningen redegøre for, hvordan bemanning med TTA-koordinator og TTA-teams etableres, så den modsvare kommunens forventede behov.

11.1 Estimat af omkostninger pr. kategori-2 sag i TTA-forsøget

Aktivitet	Intern udgift Fuld kapacitet	Ekstern udgift "anden aktør" Fuld kapacitet	Estimerede omkostninger pr. TTA-forløb af indkommen kategori-2 sag
TTA-koordinator ¹ Løn Drift ²	650.000 200.000		5.000
TTA-team (1 psykolog + 1 fysioterapeut eller lign.) ¹ Løn Drift ²	1.200.000 200.000		8.235
Køb af ydelser i den kliniske enhed: DRG – takst ³ Rådgivning, supervision		765.000 415.000	6.940
Administration mv. (10 %)			2.000
I alt			22.175

1. Kapacitet 170 indkomne kategori-2 sager pr. år
2. Det forudsættes at kontorarbejdsplads mv. stilles til rådighed for TTA-koordinator og TTA-team, der ansættes internt i kommunen. Driftsmidler skal dække de udadrettede aktiviteter knyttet til den konkrete indsats samt administrativt overhead
3. Gældende DRG-takst (Diagnose Relateret Grundtakst) for en arbejdsmedicinsk indsats, der grundlæggende svarer til den indsats, som den kliniske enhed skal levere i det store TTA-forsøg, er 18.000,- kr. pr undersøgelse (speciallægeerklæring, konference/rundbordssamtale, arbejdspladsbesøg). Skønnet behov i ca. 25 % af kategori-2 sagerne, der visiteres til TTA-koordinator til særlig indsats

Forebyggelsesfonden giver tilsagn efter ovenstående model. Øvrige udgifter, herunder overhead, finansieres af kommunen. Der tages forbehold for de ovenstående takster, herunder især DRG-taksterne.

En effekt – i form af et kortere sygefravær – vil ikke blive modregnet i kommunens tilskud. Størrelsen af denne effekt vil selvfølgelig indgå i den endelige evaluering af forsøgets omkostningseffektivitet.