

Til

**Styrelsen for arbejdsmarked og rekruttering**

Dokumenttype

**Evalueringsrapport**

Dato

**Februar 2014**

# **BRUG FOR ALLE KVALITATIV EVALUE- RING**

# BRUG FOR ALLE KVALITATIV EVALUERING

Revision **1**  
Dato **Februar 2014**  
Udarbejdet af **Joachim Boll**  
**Pia Damgaard**  
**Lars Høeberg**  
Beskrivelse **Kvalitativ evalueringsrapport**

## INDHOLD

<b>1.</b>	<b>Indledning</b>	<b>1</b>
1.1	Evalueringsmetode	1
1.2	Læsevejledning	2
<b>2.</b>	<b>Evalueringens hovedresultater</b>	<b>3</b>
2.1	Konklusioner i forhold til borgerne	3
2.2	Konklusioner knyttet til rammerne for den tværgående indsats	4
2.3	Konklusioner knyttet til den tværgående indsats	5
2.4	Målopfyldelsen i forhold til <i>Brug for alle</i> -initiativets delmål og succeskriterier	6
<b>3.</b>	<b>Deltagergruppens karakteristika</b>	<b>8</b>
3.1	Deltagergruppen er kompleks og har mange forskelligartede barrierer	8
3.2	Borgerne er overvejende motiverede, men har ikke troen på målsætningerne	12
<b>4.</b>	<b>De centrale erfaringer i initiativet</b>	<b>15</b>
4.1	Stor forskel på kommunernes praksis	15
4.2	Det forberedende skema har bidraget til en mere systematisk samtale med borgeren	17
4.3	Den indledende samtale er anvendt til at skabe kontakt til borgeren	19
4.4	Det tværfaglige team har styrket det formaliserede samarbejde på tværs i kommunen	20
4.5	Indsatsplanerne indeholder tværfaglige indsatser, men mangler klare målsætninger	25
4.6	Oplevede barrierer for <i>Brug for alle</i> -initiativet	28
<b>5.</b>	<b>Fremadrettet anvendelse af <i>Brug for alle</i>-erfaringerne</b>	<b>29</b>
5.1	Tværfaglighed kan øge kvaliteten og effekten af indsatserne	30
5.2	Mentor som understøttende indsats til borger – og kommune	32
5.3	Empowerment for borgere med komplekse problemer	33

## BILAG

### Bilag 1

Evalueringens datagrundlag

### Bilag 2

Kommunernes gennemførelsesprocenter

### Bilag 3

Deltagercases

## 1. INDLEDNING

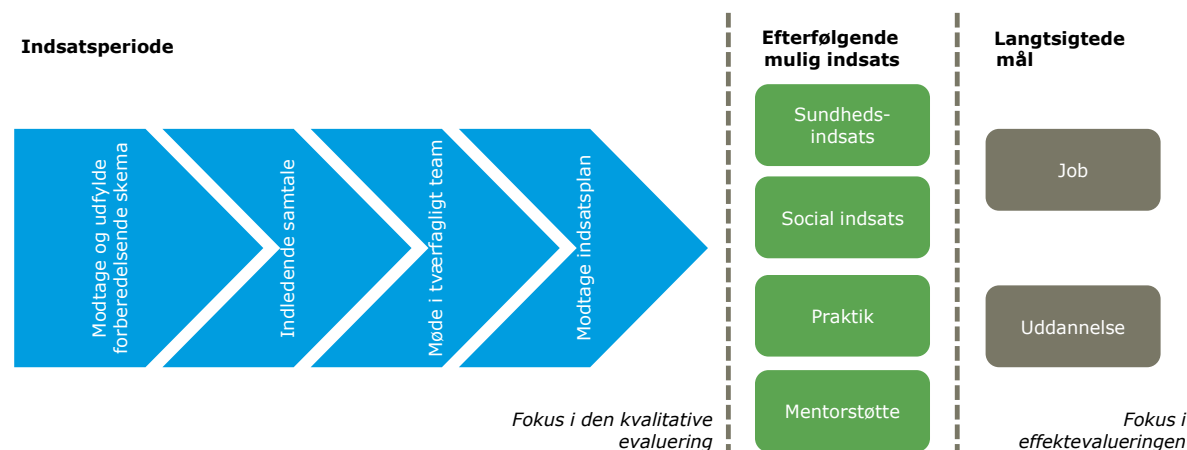
I denne rapport præsenteres første del af slutevalueringen af *Brug for alle*-initiativet rettet mod kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 3. Indsatsen er gennemført for en målgruppe på i alt ca. 30.000 personer i perioden august 2012 til august 2013.

Nærværende rapport er den anden af tre dele af afrapporteringen af evalueringen og omfatter den kvalitative evaluering af kommunernes erfaringer og borgernes oplevelser af indsatsen. Tidligere er udkommet rapporten *Foreløbige erfaringer fra Brug for alle*, som omhandler organiseringen og opstarten af indsatsen i kommunerne. I løbet af 2014 publiceres slutevalueringens tredje delrapport, som vil indeholde en effektevaluering af udviklingen i deltagernes forsørgelsesstatus.

*Brug for alle* er igangsat af Beskæftigelsesministeriet i 2012. Alle landets kommuner på nær to deltager i initiativet, hvor der i perioden august 2012 til august 2013 er afsat midler til de deltagende kommuner til at arbejde med at bringe kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 3 nærmere uddannelse eller arbejde gennem en tværfaglig afklaring. Indsatsen består af et indledende samtaleforløb, et møde med et tværfagligt team og en individuel indsatsplan med tværfaglige indsatser.

I figur 1-1 er *Brug for alle*-initiativets elementer illustreret sammen med initiativets midler til at opnå de langsigtede mål om job eller uddannelse. Nærværende evaluering fokuserer på indsatsperioden og erfaringerne med elementerne i initiativet. Desuden vil erfaringerne blive perspektiveret til de intentioner, der ligger i kontanthjælpsreformen og førtidspensions- og fleksjobreformen til inspiration til landets kommuner til det videre arbejde.

Figur 1-1: *Brug for alle*-elementer og målsætninger



Målgruppen for initiativet er alle borgere i matchgruppe 3<sup>1</sup>, der modtog kontanthjælp pr. 1. april 2012. Det vil sige midlertidigt passive kontanthjælpsmodtagere, som er vurderet for svage til at deltage i en beskæftigelsesrettet indsats.

### 1.1 Evalueringsmetode

Den kvalitative evaluering bygger på analyse af et samlet datamateriale, som består af en række datakilder:

- Data fra jobcentrenes registreringer via brugforalleindsats.dk.
- Casebesøg i fire kommuner i 1. kvartal 2013.
- Telefoninterview med otte kommuner i 1. kvartal 2013.

<sup>1</sup> Dog følgende grupper friholdt iht. projektbeskrivelsen: Borgere der er fritaget for kontaktføreløb pga. barsel, livstruende sygdom eller modtager kontanthjælp, fordi de ikke kan modtage førtidspension eller folkepension.

- Deltagersurvey blandt 913 borgere i 20 udvalgte kommuner.
- Casebesøg i 11 kommuner i 2.-3. kvartal 2013.
- Analyse af 366 indsatsplaner fra ni kommuner.
- Sagsbehandlersurvey blandt 396 sagsbehandlere i 64 kommuner.

I forbindelse med casebesøg er der gennemført interviews med deltagende borgere, sagsbehandlere, medlemmer af de tværfaglige team og/eller ledere fra jobcentre og samarbejdspartnere. I en del af casebesøgene er der endvidere gennemført observation af møder i det tværfaglige team.

En nærmere gennemgang af evalueringens datagrundlag findes i bilag 1.

## 1.2 Læsevejledning

Rapporten er organiseret i fire hovedkapitler.

- I **kapitel 2** er evalueringens hovedresultater opsummeret sammen med en vurderet resultatopnåelse af de formulerede delmål og succeskriterier.
- I **kapitel 3** afdækkes deltagergruppen karakteristika og gruppens forudsætninger for at modtage indsatsen.
- I **kapitel 4** er de centrale erfaringer med de enkelte delelementer af *Brug for alle*-initiativet beskrevet og analyseret.
- **Kapitel 5** indeholder en perspektivering af læring og fremadrettede perspektiver på baggrund af erfaringerne fra *Brug for alle* set i lyset af førtidspensions- og fleksjobreformen samt kontanthjælpsreformen.

## 2. EVALUERINGENS HOVEDRESULTATER

I det følgende kapitel præsenteres evalueringens centrale konklusioner på tværs af rapportens hovedtemaer. Afslutningsvis opsummeres målopfyldelsen i forhold til de delmål og succeskriterier der blev formuleret for *Brug for alle*-initiativet.

Helt overordnet kan det konstateres, at erfaringerne fra *Brug for alle* understøtter en række af de krav og intentioner der knytter sig til de seneste reformer på beskæftigelsesområdet. Det omfatter etableringen af rehabiliteringsteam samt intentionen i kontanthjælpsreformen om, at ingen skal være passive. Erfaringerne fra *Brug for alle* viser, at det er hensigtsmæssigt med et struktureret og formaliseret tværgående samarbejde, hvor teamet skal kunne tage forpligtigende beslutninger og hvor der skal ske en inddragelse af sundheds- og socialkompetencer, herunder med indsigt i psykiske lidelser. *Brug for alle* illustrerer også, at der eksisterer et potentiale for at gennemføre indsats for målgruppen, herunder med brug af mentor. Samtidig viser erfaringerne, at der eksisterer en række muligheder for at inddrage den enkelte borger i sin egen sag.

Konklusionerne er nedenfor struktureret i forhold til borgerne, i forhold til rammerne for den tværgående indsats og i forhold til indholdet af den tværgående indsats som den er kommet til udtryk i *Brug for alle*.

### 2.1 Konklusioner i forhold til borgerne

#### ***Deltagergruppen har mange barrierer, men rummer potentiale***

Deltagergruppen i *Brug for alle* er kendetegnet ved betydelige beskæftigelsesmæssige barrierer. Dette er i sig selv ikke overraskende, da deltagergruppen udgøres af kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 3<sup>2</sup>. De dominerende barrierer er psykisk og fysisk helbred. De helbredsmæssige udfordringer illustreres også af, at 47 pct. af deltagerne under 30 år og 63 pct. af deltagerne over 30 år på den validerede WHO-5-skala for mentalt velbefindende, har så dårligt et velbefindende, at de i en almindelig screening ville anses for at have en sandsynlig depression. I 42 pct. af sagerne er der samtidig tale om mere end én type problem, hvilket i sig selv gør indsatsen i sagerne sværere og øger behovet for tværfaglig indsats og koordination.

På trods af de betydelige barrierer kan det konstateres, at der blandt målgruppen er et udbredt ønske om at komme i job eller uddannelse. Det gælder særligt de unge under 30 år, hvor 76 pct. angiver at de i høj eller i nogen grad ønsker at komme i job, mens det for gruppen over 30 kun gælder for 45 pct. Troen på, at det kan lade sig gøre at komme i job er dog noget lavere, da halvdelen af de unge indikerer, at de tror på at komme i job og blot 21 pct. af gruppen over 30 år tror på at komme i job. Ikke desto mindre illustrerer tallene, at der blandt en stor gruppe af deltagerne er en grundlæggende motivation for at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet som man kan tage udgangspunkt i.

Deltagergruppens potentiale kommer også til udtryk ved, at 42 pct. af bruttomålgruppen har deltaget i et beskæftigelsesrettet tilbud ved udgangen af initiativperioden. Dette er bemærkelsesværdigt da deltagergruppen er matchgruppe 3 og dermed personer som kommunerne har vurderet ude af stand til at deltage i en aktiv beskæftigelsesrettet indsats. Erfaringerne fra *Brug for alle* viser, at selv borgere med mange barrierer og problemstillinger kan modtage en aktiv indsats, så længe der er fokus på kompleksiteten og understøttende indsatser fra fx social- og sundhedsområdet. Erfaringerne stemmer således godt overens med kontanthjælpsreformens afskaffelse af begrebet "midlertidigt passive".

---

<sup>2</sup> Matchsystemet er afskaffet pr. 1. januar 2014. Den daværende matchgruppe 3 var defineret som midlertidigt passive kontanthjælpsmodtagere med andre problemer end ledighed.

### ***Borgerinddragelse for deltagergruppen er udfordrende, men kan give borgeren øget motivation***

En af intentionerne bag *Brug for alle* har været at sætte fokus på at inddrage borgeren i belysningen af egen sag, beskrivelse af uddannelses- og beskæftigelsesmæssige målsætninger samt fastlæggelse af den relevante indsats for at nå målene. Borgerinddragelsen vanskeliggøres af, at borgerne har komplekse problemstillinger, og det er da også kun i nogen grad lykkedes at opnå reel borgerinddragelse. Det er først og fremmest lykkedes at få en stor del af deltagergruppen til at deltage – om end deltagergraden varierer betydeligt på tværs af kommunerne – og generelt har deltagerne en oplevelse af at blive hørt og taget alvorligt i dialogen med kommunen. Dette illustreres af, at 77 pct. af borgerne angiver at de i høj eller nogen grad føler sig forstået og taget alvorligt under samtalen.

Oplevelsen af at blive taget alvorligt er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med, at det lykkedes at få borgerne til selv at formulere ønsker og målsætninger eller tage ansvar for egen sag, men omkring halvdelen af borgerne oplever, at de har haft indflydelse på, hvilke aktiviteter der anbefales (49 pct.), og hvilken målsætning der sættes for borgeren (45 pct.). Det er dog vurderingen, at det kun i mindre omfang er lykkedes at få borgerne til at tage udgangspunkt i egne ressourcer og samtidig aktivere borgerne til selv at tage ansvar for egen sag.

Erfaringerne viser på den ene side, at der er et potentiale for at inddrage borgerne på trods af komplekse problemstillinger og begrænset motivation, men på den anden side viser erfaringerne også, at det er en ganske vanskelig opgave at etablere en reel inddragelse, hvor borgerne tager et aktivt ansvar. Vi vurderer imidlertid, at *Brug for alle* har givet de deltagende kommuner nogle væsentlige erfaringer i forhold til borgerinddragelsen af borgere med komplekse problemstillinger. Dette adresseres også nedenfor.

## **2.2 Konklusioner knyttet til rammerne for den tværgående indsats**

### ***En systematisk og formaliseret tilgang styrker den tværgående indsats***

En central læring ved *Brug for alle* er den mere systematiserede og formaliserede tilgang til tværfagligt samarbejde, som initiativet har understøttet. Og dette er samtidig den væsentlige ændring fra tidligere erfaringer og etablerede arbejdsgange. Helt overordnet stemmer den centrale læring godt overens med intentionerne i reformerne på beskæftigelsesområdet, hvor der lægges vægt på koordinering og samarbejde mellem sektorerne.

Værdien af det tværgående team knytter sig i høj grad til, at alle fagligheder samles om ét bord og at borgeren deltager i drøftelserne i teamet. Tværfagligheden betyder, at indsatserne for de forskellige aspekter af borgeres sag kan tænkes sammen og koordineres, hvilket også ofte bevirker at nye oplysninger og vinkler afdækkes. Vigtigheden af koordinationen understreges af, at en stor del af borgerne har barrierer inden for flere problemområder (fysisk, psykisk, socialt etc.). Omfanget af sundhedsmæssige problemstillinger blandt borgerne betyder, at det vil være fordelagtigt, at der i teamet indgår personer med sundhedsfaglige kompetencer og herunder også fagpersoner med indsigt i psykiske lidelser. De sundhedsfaglige kompetencer har ikke mindst vist sig væsentlig i forhold til at adressere problemstillinger som borgeren selv anser som afgørende for passivitet eller et ønske om førtidspension.

I forhold til rammerne for mødet viser erfaringerne fra *Brug for alle* også, at det bl.a. er afgørende, at der er en klar mødeleder til at holde den røde tråd og løbende samle op på aftalerne. Samtidig er det også vigtigt, at mødedeltagerne er velforberejede, men ikke i en grad, så indsatserne reelt er fastlagt forud for mødet.

### ***Borgerens deltagelse er vigtig***

Borgerens deltagelse giver mulighed for at italesætte væsentlige emner og inddrage borgeren, hvilket erfaringsmæssigt har været medvirkende til ændringer og formulering af nye tilgange for den enkelte borger. Samtidig viser erfaringerne, at borgerne som hovedregel godt kan håndtere,

at deltage i tværfaglige møder med et stort antal deltagere. Det kan her give god mening at overveje, hvordan man kan understøtte at borgeren føler sig tryk i situationen; konkrete eksempler omfatter, at borgeren kan møde en eller flere af medlemmerne af teamet inden mødet eller rammesætte, at borgeren kan bede om en lille pause under mødet, hvis vedkommende har behov for det.

Herudover har det vist sig, at tilstedeværelsen af fagpersoner med psykologisk eller psykiatrisk baggrund ofte har virket befordrende for dialogen med den enkelte borger. Dette understøtter ovenstående vurdering af, at det er fordelagtigt, at der i teamet indgår fagpersoner med indsigt i psykiske problemstillinger.

### ***Teamets beslutninger skal være forpligtigende***

Vi kan konstatere, at der ofte kan være problemstillinger knyttet til teamets beslutnings- og bevillingskompetencer. Det omfatter bl.a., at teamet anbefaler indsatser der efterfølgende viser sig at være økonomisk urealistiske eller at teamet anbefalinger ikke umiddelbart følges op af indsats pga. lang sagsbehandlingstid. Vi vurderer, at det er vigtigt, at beslutningen i teamet er forpligtigende og kun afviges, hvis der er tungtvejende argumenter herfor. Dette har borgeren lettest ved at forholde sig til, det bidrager til en problemløsende tilgang og det bidrager til en hurtigere iværksættelse af indsatsen. Det er derfor også en forudsætning, at teamets beslutninger om indsats er realistisk, herunder i forhold til de ressourcemæssige rammer der findes. Dette forudsætter, at der er klarhed om de bevillingsmæssige muligheder og begrænsninger og det stiller krav til viden og kompetencer hos medlemmerne i teamet.

## **2.3 Konklusioner knyttet til den tværgående indsats**

### ***Anbefalinger om tværgående indsatser og beskæftigelsesrettede tilbud, men vanskeligt at sætte klare uddannelses- og beskæftigelsesmål***

For hovedparten af de borgere, der er blevet behandlet i det tværgående team, er der blevet formuleret en indsatsplan. I 80 pct. af indsatsplanerne er der anbefalinger om indsatser på social- og/eller sundhedsområdet. Dette illustrerer væsentligheden af den tværfaglige koordination mellem beskæftigelsesområdet og andre sektorområder. Samtidig indeholder 64 pct. af indsatsplanerne anbefalinger om uddannelses- eller beskæftigelsesrettede indsatser. Dette skal ses i sammenhæng med, at deltagergruppen som udgangspunkt var vurderet til ikke at kunne deltage i beskæftigelsesrettede tilbud. Som tidligere nævnt understreger det, at der trods store udfordringer er et potentiale for at iværksætte en indsats for målgruppen.

Erfaringerne fra *Brug for alle* viser dog også, at det er vanskeligt at etablere et klart beskæftigelses- eller uddannelsessigte for målgruppen. Blot 26 pct. af de analyserede indsatsplaner indeholder et klart beskæftigelsesmål, og 16 pct. indeholder et klart uddannelsesmål. Vanskeligheden herved er efter Rambølls vurdering udtryk for, at borgerne er meget langt fra arbejdsmarkedet, hvilket gør det svært at være konkret i forhold til beskæftigelse eller uddannelse. Det er dog også udtryk for, at kommunerne ofte sammenblander mål og midler, hvor indsatsen bliver målet i sig selv. Dette svækker det uddannelses- eller beskæftigelsesmæssige sigte med hele indsatsen og kommunerne kan derfor med fordel fokusere yderligere på, hvorfor man iværksætter en given indsats. Dette vil også give øget mulighed for at korrigere og følge op på indsatsen, såfremt den ikke giver de ønskede resultater.

Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at afgøre, i hvilket omfang de planlagte indsatser er blevet gennemført i praksis eller hvilken effekt de har haft i forhold til borgernes situation.

### ***Mentorer øger viden om borgeren og styrker borgerens motivation***

Erfaringerne fra *Brug for alle* viser, at anvendelse af mentor er et godt tilbud, der både er med til at understøtte borgeren og kommunen. I forhold til borgerne betyder anvendelsen af mentorer, at man kan tilbyde borgere med komplekse problemer en indsats, der bringer dem ud af isolation



og passivitet. Samtidig kan man understøtte andre tiltag, som borgerne ellers kan være i fare for at frafalde.

I forhold til kommunerne viser erfaringerne, at mentorer med fordel kan deltage i tværfaglige møder. Mentoreernes tætte kontakt med borgerne er medvirkende til at kaste lys over borgernes ressourcer og ønsker for fremtiden og dermed også motivere borgerne. Mentorordningerne understøtter også, at tilgangen til borgeren bliver målrettet og helhedsorienteret, idet flere aspekter af borgerens tilværelse kan inddrages i sagsbehandlingen på denne måde. Der skal dog fortløbende være en opmærksomhed på, at der hersker klarhed om, hvad formålet med mentorstøtten er (borgeren støttes i sin vej mod beskæftigelse).

## 2.4 Målopfyldelsen i forhold til *Brug for alle*-initiativets delmål og succeskriterier

I tabellen nedenfor opsummeres resultatopfyldelsen i forhold til de opstillede delmål og succeskriterier for initiativet. De konkrete temaer går igen i forhold til de ovenstående konklusioner og læringspunkter. Overordnet set kan det konstateres, at det er lykkedes for kommunerne at gennemføre de organisatoriske og praktiske mål for initiativet. Tilsvarende er det i vidt omfang lykkedes at opfylde målene om en tværfaglig indsatsplan. Målsætningerne for inddragelsen af borgerne er delvist opfyldt, mens det i mindre grad er lykkedes at etablere et klart job- og uddannelsessigte.

**Tabel 2-1: Resultater i forhold til *Brug for alle*-initiativets delmål og succeskriterier**

Delmål	Resultat
<b>Indsatsplan med klart job- eller uddannelsessigte<sup>3</sup></b>	<i>Delvist gennemført</i>  Indsatsplanerne: 26 pct. indeholder et klart beskæftigelsesmål. 16 pct. indeholder et klart uddannelsesmål. 44 pct. indeholder et diffust beskæftigelsesmål. 13 pct. indeholder et diffust uddannelsesmål.
<b>Deltager i beskæftigelsesrettede tilbud</b>	<i>Delvist gennemført</i>  Indsatsplanerne: 64 pct. indeholder anbefalinger om uddannelse eller beskæftigelsesrettede tilbud.  brugforalleindsats.dk: 42 pct. af bruttomålgruppen er eller har været i beskæftigelsesrettede tilbud ved projektperiodens udgang.
<b>Relevant indsats på social- og/eller sundhedsområdet</b>	<i>Delvist gennemført</i>  Indsatsplanerne: 80 pct. indeholder anbefalinger om indsatser på social- og/eller sundhedsområdet.  Der foreligger ikke data for, hvorvidt anbefalingerne gennemføres.
Succeskriterier	Resultat
<b>Tværfaglige teams etableres og benyttes</b>	<i>Gennemført</i>  Stor variation i fagområder og praktisk organisering (et eller flere teams, faste eller dynamiske etc.).  brugforalleindsats.dk: Alle deltagende kommuner har registreret tværfaglige møder.
<b>Borgeren fastlægger i samarbejde med jobcentret et konkret og realistisk mål om beskæftigelse eller uddannelse</b>	<i>Delvist gennemført</i>  Deltagersurvey: 45 pct. vurderer, at de i høj eller i nogen grad har indflydelse på målene.  Sagsbehandlersurvey:

<sup>3</sup> Et klart beskæftigelses- eller uddannelsesmål vil sige et mål, der indbefatter en bestemt profession. Dvs. at 'postbud' er et klart beskæftigelsesmål, mens 'noget fysisk arbejde' er et diffust mål.

	51 pct. vurderer, at mere end 60 pct. af anbefalingerne i indsatsplanerne vil kunne realiseres.
<b>Borgeren får en indsatsplan</b>	<i>Gennemført</i>  Nogen variation mellem kommuner af kvalitet og anvendelse af indsatsplanen.  Indsatsplanen udarbejdes og går på tværs af forvaltningerne. Borgerne får indsatsplan i de fleste tilfælde. Nogle kommuner har lagt mere vægt på at få iværksat anbefalede aktiviteter hurtigst muligt end på at få udsendt indsatsplaner til borgerne.
<b>Borgeren deltager i de beskrevne aktiviteter på tværs af kommunens forvaltninger</b>	<i>Uvist</i>  Det kan ikke på nuværende tidspunkt fastslås, i hvilket omfang borgerne deltager i aktiviteterne. En del aktiviteter foregår serielt, der er ventetider på nogle af tilbuddene, og borgerens situation kan ændre sig, så aktiviteterne ikke længere er relevante.

### 3. DELTAGERGRUPPENS KARAKTERISTIKA

I dette kapitel belyses deltagergruppens karakteristika i forhold til antal, barrierer og motivation blandt gruppen. De identificerede karakteristika er så vidt muligt fordelt på alder i henhold til alderssegmentering over og under 30 år, da fordelingen er central i kontanthjælpsreformen.

I nedenstående boks er de centrale fund om deltagergruppens karakteristika sammenfattet.

#### Boks 3-1: De centrale fund om deltagergruppens karakteristika

##### Centrale fund

- Deltagergruppens gennemsnitlige mentale velbefindende ligger på 'dårligt velbefindende' jf. WHO-5-skala.
- Unge under 30 år har et bedre helbred end de voksne over 30 år, da 30 pct. af de unge vurderer sit helbred som positivt mod blot 10 pct. af de voksne.
- Psykiske barrierer er den oftest beskrevne barriere for deltagergruppen, da 63 pct. af gruppen har diverse psykiske problemstillinger.
- Selvom misbrugsproblematikker ofte omtales om deltagergruppens barrierer har kun 15 pct. af deltagergruppen misbrugsproblemer.
- Deltagergruppen under 30 år ønsker i høj grad at komme i job og/eller uddannelse, men troen herpå er lavere.
- 45 pct. af deltagergruppen over 30 år ønsker at komme i job, men kun 21 pct. tror på at komme i job.

Deltagergruppen i *Brug for alle*-initiativet er defineret som samtlige kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 3<sup>4</sup> pr. 1. april 2012. Denne gruppe udgjorde i alt 29.572 personer. Der har undervejs i initiativet været et frafald af borgere, der enten er gået på barsel, er fraflyttet kommunen, er overgået til folkepension, blevet fængslet, er blevet indlagt med alvorlig sygdom eller er afgået ved døden. Kommunerne har derudover haft mulighed for at friholde borgere, der er fritaget fra kontaktførløb pga. eksempelvis barsel eller livstruende sygdom, eller som på tidspunktet for udvælgelse modtog kontanthjælp, fordi de ikke kunne modtage førtidspension eller folkepension. En stor del af deltagergruppen, der har været til indledende samtale, har været til møde i det tværfaglige team, idet 77 pct. af denne gruppe har deltaget heri. I tabel 3-1 ses deltagerandelen i de centrale faser set i forhold til bruttomålgruppen.

**Tabel 3-1: Antal borgere i initiativets forskellige faser**

Faser	Antal borgere	Pct. af bruttomålgruppen
<b>Bruttomålgruppe</b>	29.572	-
<b>Indledende samtale</b>	22.576	76 pct.
<b>Møde i tværfagligt team<sup>5</sup></b>	17.449	59 pct.

Anm.: Data fra Brugforalleindsats.dk<sup>6</sup>

#### 3.1 Deltagergruppen er kompleks og har mange forskelligartede barrierer

I og med at deltagergruppen for *Brug for alle* udgøres af kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 3, er det naturligt, at deltagerne har haft betydelige barrierer i forhold til at kunne opnå en tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelse.

<sup>4</sup> Matchsystemet er afskaffet pr. 1. januar 2014. Den daværende matchgruppe 3 var defineret som midlertidigt passive kontanthjælpsmodtagere med andre problemer end ledighed.

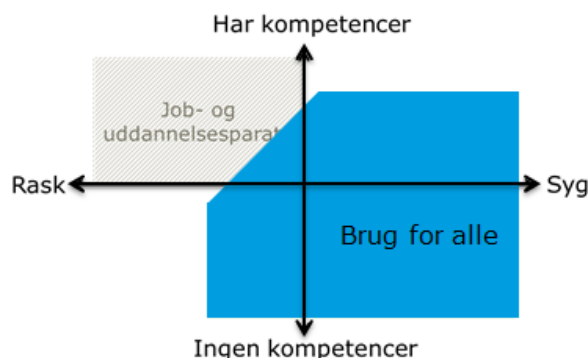
<sup>5</sup> Der skelnes her ikke mellem borgere, der personligt har deltaget i mødet i det tværfaglige team, og borgere, hvis sag har været forelagt det tværfaglige team, men som ikke selv var til stede.

<sup>6</sup> Kilde: <http://brugforalleindsats.dk/ReportViewer.aspx>. Tilgået 16. oktober 2013.

Matchgruppe 3 er defineret som: "En person, der hverken er parat til at tage et ordinært arbejde, som gør den pågældende i stand til at forsørge sig selv inden for tre måneder eller i stand til at deltage i en beskæftigelsesrettet indsats med aktive tilbud (...)". I praksis viser den aktuelle evaluering en problemstruktur hos deltagerne, som omfatter såvel helbreds- som sociale problemer og manglende kompetencer. En stor del af deltagergruppen over 30 år er i dag betegnet aktivitetsparate borgere, mens borgerne under 30 år i vidt omfang vil betegnes som uddannelsesparate eller aktivitetsparate.

Overordnet set kan deltagergruppen illustreres som i figur 3-1. Som figuren illustrerer, er deltagergruppen præget af personer med dårligt helbred, psykisk eller fysisk, og/eller manglende kvalifikationer, hvor kvalifikationer skal forstås i bred forstand. Det er således kun en meget lille del af deltagerne, som ikke har enten alvorlige helbredsproblemer eller meget begrænsede kvalifikationer. En stor del af deltagergruppen har begge typer problemer – ofte i sammenhæng med mange års offentlig forsørgelse.

Figur 3-1: Illustration af barrierer i Brug for alle-deltagergruppen



En gennemgang af indsatsplanerne viser, at der i 42 pct.<sup>8</sup> af borgersagerne er mere end én type problemer. Dermed er der hos en stor del af deltagergruppen kombinationer af barrierer, der skal arbejdes med. Dette er en faktor, som sagsbehandlere, virksomhedskonsulenter, mentorer og andre kommunale medarbejdere, der har bidraget til dataindsamlingen, har fremhævet som et væsentligt træk ved målgruppen. Det opleves samtidig som en faktor, der gør indsatsen i sagerne sværere og øger behovet for tværfaglig indsats og koordination.

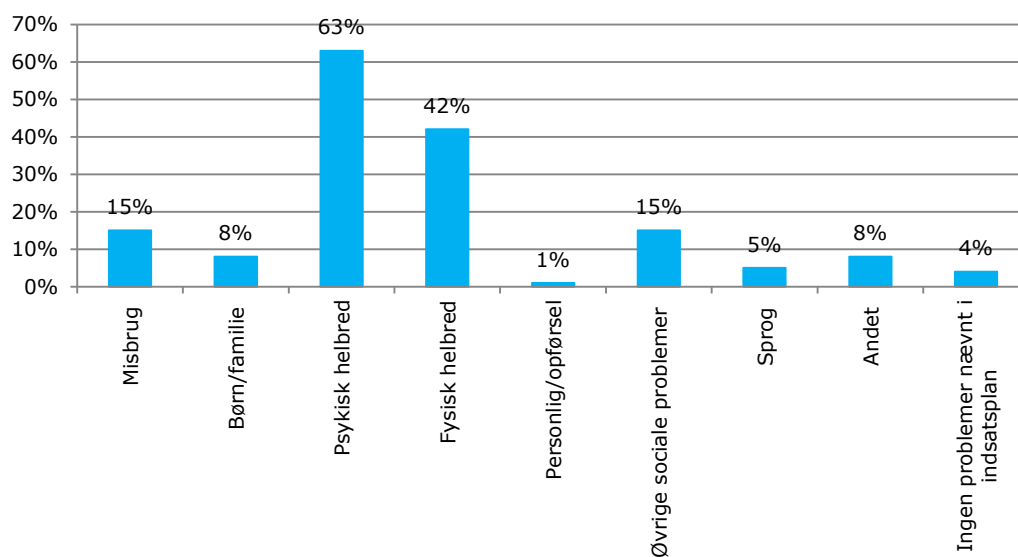
At ophobningen af forskellige problemtyper gør indsatsen sværere, skyldes, at udfordringernes forskelligartethed i sig selv bidrager til, at det er svært at finde et relevant tilbud, idet et tilbud målrettet den ene udfordring kan blive besværliggjort eller udelukket på grund af en anden udfordring. Endvidere kan problemer, der i sig selv ikke udgør en alvorlig udfordring, i kombination med hinanden resultere i, at det enkelte problem vanskeliggøres i betydelig grad. Det ses eksempelvis, når der er tale om en kombination af psykiske problemer og misbrug, hvor misbruget på den ene side vanskeliggør behandlingen af de psykiske problemer i betydelig grad, og på den anden side fungerer som selvmedicinering. Et andet eksempel er psykiske problemer såsom depression, der vanskeliggør behandlingen af en genoptræningskrævende fysisk lidelse, da depressionen resulterer i en udpræget træthed og dermed manglende energi til eller motivation for at gennemføre genoptræningen.

I figur 3-2 nedenfor er forekomsten af forskellige isolerede barrierer, der er nævnt i indsatsplanerne, illustreret. Som det fremgår af figuren, er de dominerende barrierer i indsatsplanerne psykisk og fysisk helbred. Herefter, men dog i betydeligt mindre omfang, følger misbrug og øvrige sociale problemer. I de følgende afsnit beskrives de forskellige oftest forekommende problemer i målgruppen baseret på evalueringens data. I bilag 3 bagest i rapporten er endvidere gengivet en række virkelige, anonymiserede deltagercases som illustration af problemstrukturen i målgruppen.

<sup>7</sup> BEK nr. 1410 af 28/12/2011.

<sup>8</sup> Andelen synes umiddelbart at være lav set i forhold til gennemførte interviews og observationer, hvor blot en af de 25 borgere kun havde en problemstilling. Det er ikke undersøgt, om andelen skyldes manglende beskrivelse i indsatsplanen, eller om det er et generelt dækkende billede af deltagergruppen.

Figur 3-2: Barrierer nævnt i indsatsplanerne (andel af indsatsplaner hvor problemet er nævnt)



Kilde: Analyse af 366 indsatsplaner.

### **Psykisk helbred**

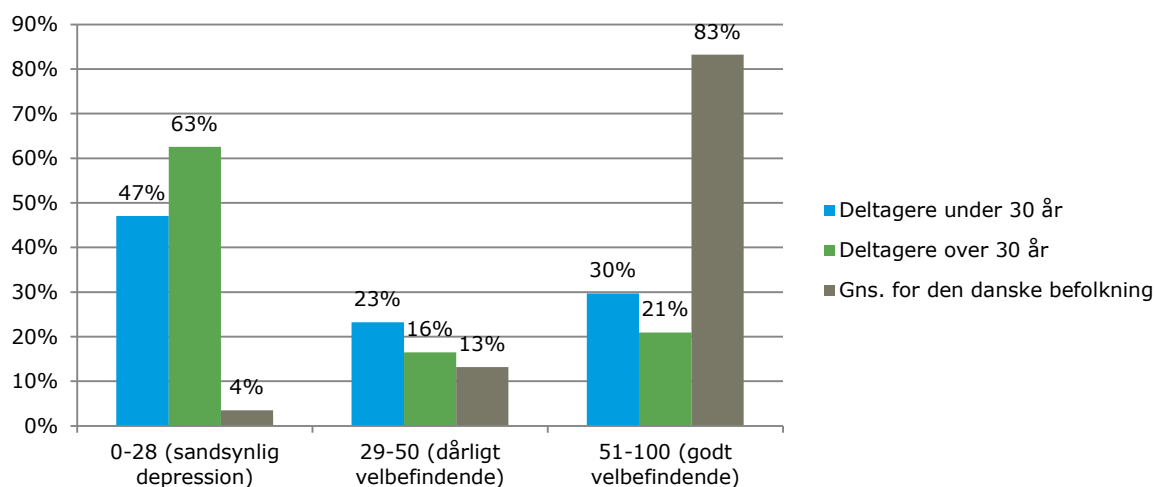
Ifølge oplysningerne i indsatsplanerne er psykisk helbred det mest almindelige problem i målgruppen. Psykiske helbredsproblemer nævnes i 63 pct. af de analyserede indsatsplaner. Typen af psykiske problemer i målgruppen spænder over en række forskellige lidelser og tilstande, eksempelvis generaliseret/social angst, depression, PTSD, psykotiske lidelser og personlighedsforstyrrelser (fx skizofreni og borderline), ADHD og udviklingshæmning.

De psykiske helbredsproblemer bekræftes også af den screening af deltagerens mentale velbefindende, der indgik i deltagerundersøgelserne. Her ses, at deltagergruppen sammenlagt har en gennemsnitsværdi på 30 på den såkaldte WHO-5-skala, der måler mentalt velbefindende på en skala fra 0 (dårligst velbefindende) til 100 (bedste velbefindende). Til sammenligning har en dansk normalpopulation uden depressionstilstande en gennemsnitsværdi på 75, mens en population med alvorlige depressionstilstande har en gennemsnitsværdi på 37<sup>9</sup>. Deltagergruppens mentale velbefindende skal ses i sammenhæng med, at psykisk helbred er den mest tungtvejende årsag til tilkendelse af førtidspension. Ved tilkendelsen af førtidspensioner udgør psykiske diagnoser 49 pct.<sup>10</sup> af alle tilkendelser, hvor andelen af unge under 30 år, der tilkendes en førtidspension på baggrund af psykiske lidelser, udgør 79 pct. af alle førtidspensionstilkendelser i 2012. Dette indikerer, at det er afgørende, at der i arbejdet med deltagergruppen indgår medarbejdere med indsigt i psykiske lidelser.

I figur 3-3 er deltagerens mentale velbefindende fordelt efter alder. Det fremgår heraf, at unge under 30 år i mindre grad end voksne over 30 år har et selv vurderet dårligt velbefindende, om end det stadig er 70 pct. der opnår en score, som viser et dårligt velbefindende.

<sup>9</sup> WELLBEING MEASURES IN PRIMARY HEALTH CARE/THE DEPCARE PROJECT, Report on a WHO Meeting Stockholm, Sweden 12–13 February 1998, p. 11, <http://www.pdptoolkit.co.uk/Files/wellclosetraining/who%20depression.pdf>.

<sup>10</sup> Jf. data fra Ankestyrelsen: <http://ast.dk/tal-og-undersogelser/tal-fra-ankestyrelsen>.

**Figur 3-3: Deltagergruppen fordelt efter score på WHO-5-skalaen for mentalt velbefindende**

Anm.: WHO-5-skalaen består af 5 items formuleret som "I de sidste 2 uger... (1) har jeg været glad og i godt humør, (2) har jeg følt mig rolig og afslappet, (3) har jeg følt mig aktiv og energisk, (4) er jeg vågnet frisk og udhvilet, og (5) har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig". Hvert item har 6 svarmuligheder.

Kilde: Deltagersurvey, under 30 år, n=202; over 30 år, n=711 og Gns. for den danske befolkning, Bech, P. og Kjoller, M. (2003): *Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health sub-scale and the WHO-Five Well-Being Scale*, International Journal of Methods in Psychiatric Research, Vol. 12, nr. 2, p. 89

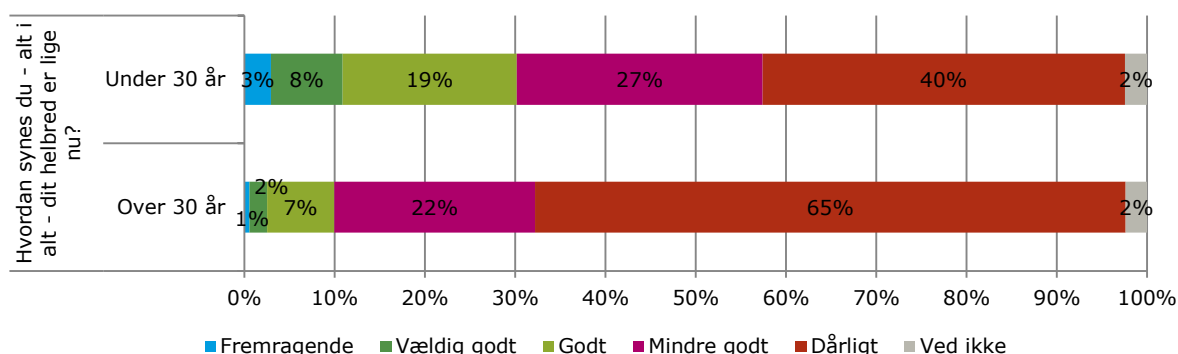
Gennemsnitsværdien for de unge er 37, mens gennemsnitsværdien for deltagergruppen over 30 år er på 28. Dermed har begge deltagergrupper et lavt selvopfattet mentalt velbefindende, men der er dog væsentlige forskelle. De unge under 30 år er mere positive end deltagergruppen over 30 år i vurderingen af, hvor ofte de har været glade og i godt humør, samt hvorvidt dagligdagen har været fyldt med ting, der interesserer dem. På de andre tre vurderingsparametre er de to aldersgrupper identiske. Det er ikke uventet, at deltagergruppen over 30 år har et svækket velbefindende set i forhold til de unge under 30 år. Oftest stiger kompleksiteten af lidelser over tid, ligesom en lang forsørgelseshistorik i sig selv kan være medvirkende til en ringere selvopfattelse af ens mentale velbefindende.

### **Fysisk helbred**

Fysisk helbred nævnes som et problem i 42 pct. af de analyserede indsatsplaner. Ud fra oplysningerne i indsatsplanerne og ud fra de kvalitative interviews vurderer vi, at der ofte er tale om muskel- og skeletlidelser som eksempelvis diskusprolaps, gigtlidelser og generelle smerter i bevægeapparatet, alkoholskader, erhvervet hjerneskade og kronisk hovedpine.

Som yderligere kilde til deltagerens helbredstilstand er der i deltagersurveyen blevet spurgt til deltagerens generelle selvopfattede helbred. Dette mål kan således omfatte såvel psykiske som fysiske lidelser. Samlet set vurderer 60 pct. af deltagerne eget helbred som dårligt, mens blot 14 pct. vurderer eget helbred som godt, vældig godt eller fremragende. Dette billede nuanceres, hvis deltagerne fordeles over og under 30 år, hvilket illustreres i figur 3-4. Blandt de unge under 30 år, der har medvirket i deltagersurveyen, vurderer 30 pct. deres eget helbred som værende godt, vældig godt og fremragende, mens det samme blot er tilfældet for 11 pct. af deltagergruppen over 30 år. To tredjedel af deltagergruppen over 30 år vurderer deres helbred som værende dårligt. Dette stemmer overens med deltagergruppens generelle velbefindende og de observationer og interview, som Rambøll har gennemført med borgere i initiativet. Her stiger kompleksiteten og antallet af barrierer generelt i borgerens sag, jo ældre borgeren er.

Figur 3-4: Deltagergruppens egen helbredsbedømmelse



Kilde: Deltagersurvey, (under 30 år, n=202), (over 30 år, n=711).

### Øvrige barrierer

Ud over de helbredsbedømmelse problemer har målgruppen en række øvrige barrierer i forhold til beskæftigelse, som nævnes af såvel jobcentermedarbejdere som borgerne selv. De vigtigste er:

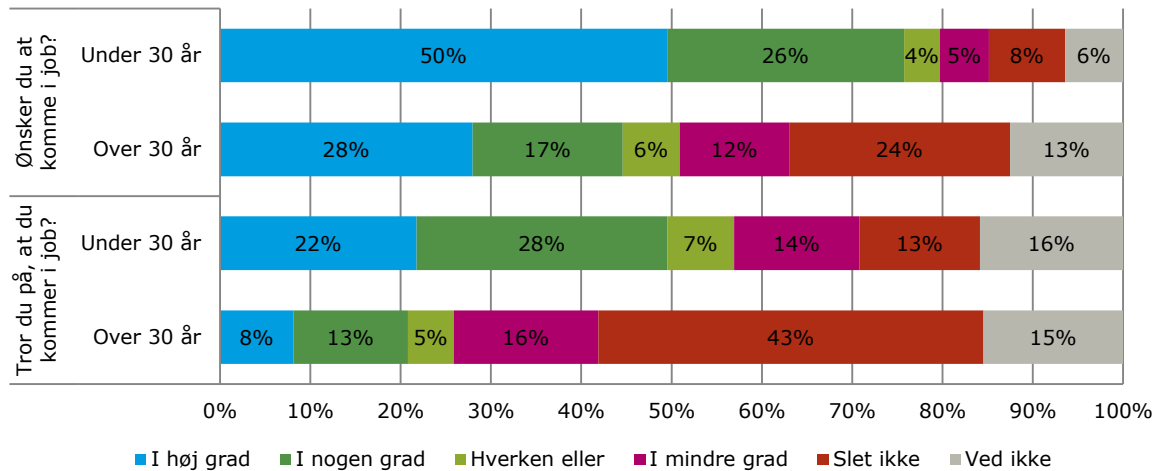
- Børn og familie**  
 Denne kategori dækker over borgere i voldelige forhold, vanskeligheder ved at have et sygt eller handicappet barn eller et barn med andre typer problemer, tvangsfjernelsessager og forældremyndighedssager.
- Personlighed/opførsel**  
 Som det fremgår af figur 3-2 nævnes afvigende personlighed eller opførsel sjældent som et problem i indsatsplanerne. Problemet nævnes dog blandt de interviewede sagsbehandlere. Her er der i relativt få tilfælde særligt tale om voldelig eller truende adfærd. Sagerne opleves sværere at håndtere, hvorfor problematikken fremhæves af de interviewede, til trods for at barrieren ikke fylder væsentligt i indsatsplanerne.
- Sprog**  
 Denne kategori dækker over problemer med ringe eller manglende danskundskaber, evt. kombineret med analfabetisme. Sprog som problem nævnes dog kun i 5 pct. af indsatsplanerne. Der er dog store geografiske variationer i denne andel.
- Øvrige sociale problemer og andet**  
 Øvrige sociale problemer og andet er registreret som problem i 15 pct. af indsatsplanerne. Denne type problemer er typisk hjemløshed, dårlig økonomi, fx stor gæld, social isolation, manglende netværk og ringe skoleundskaber/ordblindhed.

### 3.2 Borgerne er overvejende motiverede, men har ikke troen på målsætningerne

Generelt har en stor del af de adspurgte borgere et grundlæggende ønske om at komme i job eller uddannelse, men mangler i forskellig grad troen på, at det kan lade sig gøre. Samtidig er der meget stor forskel på gruppen i forhold til alder og fokus på henholdsvis job eller uddannelse.

Som det fremgår af figur 3-5 nedenfor, angiver 76 pct. af borgerne under 30 år i deltagersurveyen, at de i høj eller i nogen grad ønsker at komme i job. Det må alt andet lige anses som et positivt tegn. Der er dog en noget lavere andel, der samtidig også tror på, at de kommer i job, da 50 pct. svarer positivt på udsagnet. Tilsvarende ønsker 45 pct. af borgerne over 30 år i deltagersurveyen i høj eller i nogen grad at komme i job, men blot 21 pct. har en positiv tro på at komme i job. For de unge, som er mere motiverede, kan man i højere grad tage direkte fat i løsningen af deres problemer og bibringe dem nødvendige kompetencer for at komme ind på eller tilbage på arbejdsmarkedet. For de ældre har kommunerne først en betydelig opgave med at (gen)skabe motivationen, som på mange måder vil være en forudsætning for, at indsatsen i øvrigt er en succes. Vejen tilbage på arbejdsmarkedet for de voksne er dermed ikke blot vanskeligere, men også længere.

**Figur 3-5: Deltagergruppens ønske og tro på at komme i job**

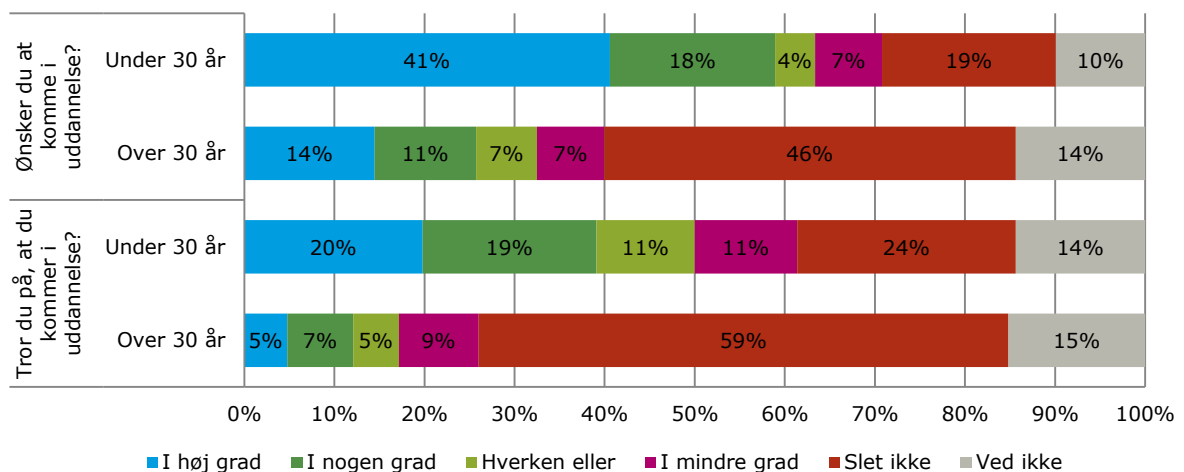


Kilde: Deltagersurvey, (under 30 år, n=202), (over 30 år, n=711)

Når motivationen for uddannelse anskues, er der også væsentlige forskelle. Her er det mest centralt at se på deltagergruppen under 30 år, da denne gruppe er målgruppen for uddannelse, hvis den unge ikke har en uddannelse på forhånd. 59 pct. af de unge under 30 år har i høj eller i nogen grad et ønske om at komme i uddannelse, hvilket er en høj andel, når gruppens barrierer tages i betragtning. Halvdelen af de unge under 30 år har en reel tro på at komme i uddannelse. Dermed er der en stor andel af gruppen, der overordnet set giver udtryk for motivation for at påbegynde en uddannelse. Dette underbygger kontanthjælpsreformens intentioner om, at uddannelse er målet for unge under 30 år uden uddannelse.

Det er samtidig værd at bemærke, at 25 pct. af deltagergruppen over 30 år svarer, at de i høj eller i nogen grad ønsker at komme i uddannelse, hvorfor det er vigtigt også at have fokus på denne mulighed for målgruppen. Dette gælder uanset alder; blandt de over 30, der ønsker at komme i uddannelse, er 60 pct. således over 40 år.

**Figur 3-6: Deltagergruppens ønske og tro på at komme i uddannelse**



Kilde: Deltagersurvey, (under 30 år, n=202), (over 30 år, n=711)

Selv om besvarelserne i figur 3-6 og 3-7 kan være påvirket af, at borgeren godt ved, at det er en forventning fra jobcentret, at man er motiveret for job eller uddannelse, underbygges det grundlæggende ønske om job eller uddannelse dog også af det øvrige datamateriale. Der er således



både blandt en stor del af de interviewede borgere og blandt medlemmerne i de tværfaglige teams en opfattelse af, at man grundlæggende gerne vil have et job.

Samtidig er der dog også blandt såvel borgerne som jobcentermedarbejderne en erkendelse af, at jobønskerne er svære at realisere på grund af de barrierer, borgerne har. Dette er mest tydeligt i borgernes henvisning til egne helbredsproblemer, hvor borgeren typisk fremfører, at vedkommende gerne vil arbejde, men ikke ser sig i stand til det på grund af dårligt helbred. Men også borgere med lang tids ledighed bag sig kan udtrykke et generelt ønske om job, men har en resigneret holdning til, om det kommer til at ske.

Der er dog også en betydelig del af målgruppen, som er åbne om, at de har en meget lav motivation for job og uddannelse. Det er fx borgere, som har et udtalt ønske om enten at få tilkendt førtidspension eller få "fred fra systemet". Dette beskrives både af de interviewede kommunale medarbejdere, sagsbehandlere, der har deltaget i surveyen, og af mange af de borgere, der har deltaget i deltagersurveyen.

## 4. DE CENTRALE ERFARINGER I INITIATIVET

*Brug for alle*-initiativet er organiseret med udgangspunkt i fire elementer (se også figur 1-1):

1. Et forberedende skema til borgeren med fokus på beskæftigelse.
2. En indledende samtale mellem borger og sagsbehandler.
3. Et møde mellem borgeren, sagsbehandleren og et tværfagligt team.
4. En indsatsplan udarbejdet på baggrund af de anbefalinger, der blev drøftet under mødet i det tværfaglige team.

Det er således vigtigt at bemærke, at selve *Brug for alle*-indsatsen udelukkende har omhandlet samtale og afklaringsindsatsen, hvorimod selve gennemførelsen af de anbefalede indsatslementer ligger i det almindelige jobcenterregi i forlængelse af indsatsperioden.

Vi har vurderet de centrale erfaringer i initiativet dels i forhold til hvilken afgørende læring der berører kommunernes interne tilgang og dels i forhold til arbejdet med borgeren. Disse er oplyst i nedenstående boks og efterfølgende beskrevet i kapitlet.

### Boks 4-1: De centrale fund om initiativets elementer

#### Centrale fund

- Kommunerne har meget forskellig vurderingspraksis, hvorfor deltagergruppen har været divergerende på tværs af landets kommuner.
- Kommuner hvor mellem- og projektleder har haft fokus på og løbende italesat prioriteringen af tidsplanen har større gennemførelsesprocent.
- Forberedelsesskemaet har bidraget til en systematisk dialog med borgeren.
- Det tværfaglige samarbejde er blevet mere systematiseret og formaliseret i kommunerne i forhold til tidligere erfaringer med tværfagligt samarbejde.
- Teams med psykiatrisk viden har bidraget til ny samtaleteknik for teammedlemmer fra jobcenteret.
- Teammedlemmer med psykiatrisk og sundhedsviden har bidraget til at italesætte tabuemner, og dermed give en bedre afdækning af borgerens ressourcer.
- 68 pct. af sagsbehandlerne vurderer, at samlingen af faglighederne om borgeren har medført ændringer eller ny tilgang i borgernes sag, hvilket ofte er afgørende for at flytte borgeren mod job eller uddannelse.
- Det er svært at fastsætte klare mål i samarbejde med borgeren, da kun hhv. 26 og 16 pct. af indsatsplanerne indeholder klare job- eller uddannelsesmål.
- Trods deltagergruppens barrierer er det i høj grad muligt at tilbyde indsatser på social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet og for en stor andel af bruttomålgruppen af deltage i beskæftigelsesrettede tilbud.

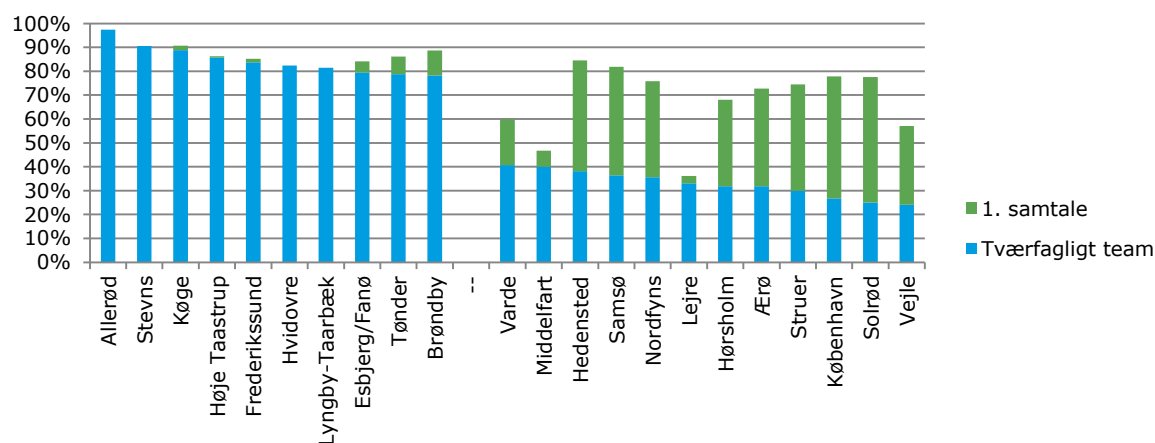
I de følgende afsnit beskrives først kommunernes overordnede vurderingspraksis set i forhold til de identificerede barrierer i kapitel 3 samt kommunernes gennemførelsesprocent af indledende samtale og tværfaglige møde. Herefter beskrives kommunernes centrale erfaringer med de fire indsatslementer.

### 4.1 Stor forskel på kommunernes praksis

Interview med casekommunerne viser, at der er meget stor forskel i kommunernes tilgang til initiativet. Der er eksempelvis stor forskel i organiseringen af initiativet, hvorledes der er holdt fokus på gennemførelsen og hvem der har været inddraget i processen samt hvilke rolle disse har haft. Dette er nærmere beskrevet i *Foreløbige erfaringer fra Brug for alle* (Rambøll 2013).

Overordnet kan det konstateres, at praksis for borgernes indtræden i indsatsen har været svingende fra kommune til kommune. I nogle kommuner har det været praksis, at stort set samtlige borgere i kommunens bruttogruppe har deltaget i forløbet, mens det i andre kommuner har været praksis, at man over for borgerne har understreget, at deltagelsen i initiativet er frivillig. Denne forskel giver sig udslag i, at kommunerne har haft meget svingende succes med at få borgere bragt fra den indledende samtale til mødet i det tværfaglige team. Således har 100 pct. af de borgere, der har været til den indledende samtale i den bedst præsterende kommune, været til mødet i det tværfaglige team. Det samme gør sig kun gældende for under halvdelen i den dårligst præsterende kommune. I den forbindelse må det dog også bemærkes, at kommunerne har haft forskellig praksis i forhold til at afholde mødet i det tværfaglige team uden borgeren. I nogle kommuner har man således afholdt mødet uden borgeren allerede ved første udeblivelse, i andre kommuner har man forsøgt at genindkalde borgeren én eller flere gange, og endelig er der kommuner, som slet ikke har afholdt og registreret et møde, i de tilfælde hvor borgeren udebliver.

**Figur 4-1: Kommuner med højeste henholdsvis laveste gennemførelsesprocenter**



Anm.: De blå søjler viser andelen af bruttomålgruppen, som har registreret samtale såvel som møde i tværfagligt team. De grønne søjler viser andelen, som har haft indledende samtale, men ikke møde i tværfagligt team. Den komplette oversigt over alle kommuner findes i bilag 2.

Kilde: Brugforalleindsats.dk

Erfaringerne indikerer, at en høj gennemførelsesprocent er knyttet til mellemlidernes og projektledernes fokus på gennemførelsen. For de bedst præsterende kommuner er der en tendens til, at mellemlidene i jobcentret gennem hele initiativet prioriteret gennemførelsen af elementerne i initiativet og samtidig krævet en høj grad af datadisciplin. Samtidig har projektlederen holdt tråd i gennemførelsen af alle elementerne ved at fastholde fokus på tidsplanen.

Det skal i øvrigt bemærkes, at en høj gennemførelsesprocent ikke nødvendigvis hænger sammen men en høj grad af læring for kommunen. To af casekommunerne med en høj gennemførelsesprocent valgte eksempelvis at gennemføre initiativet ved hjælp af vikarer, som ikke alle er fortsat efter afslutning. Dermed er en del af den opbyggede viden ikke forankret i kommunen.

Som en del af initiativet har der været opstillet en række kriterier for at fritage borgere helt eller delvist fra indsatsen. Kommunerne har kunnet friholde borgere omfattet af initiativet i tilfælde af barsel, livstruende sygdom eller i tilfælde af borgere, der modtager kontanthjælp, fordi de ikke kan modtage førtidspension eller folkepension. Det har ligeledes været muligt for kommunerne under særlige omstændigheder at fritage borgerne fra at deltage i mødet i det tværfaglige team.

Det fremgår af både sagsbehandlersurveyen og interviewene, at mulighederne for at friholde visse borgere ikke er blevet opfattet entydigt i de deltagende kommuner. Et større antal respondenter har givet udtryk for, at særligt følgende to scenarier har givet anledning til usikkerhed:

- En deltagende borger i *Brug for alle*-initiativet er blevet indstillet til førtidspension og skal igennem et forløb i rehabiliteringsteamet. Derfor er det ikke meningsfuldt for borgeren at deltage i *Brug for alle*-forløbet, da dette har et eksplicit beskæftigelsessigte.
- Borgeren var udelukkende matchet som 3'er den 1. april 2012 som følge af en sygdom eller skade af en ikke-almindelig, tidsbegrænset karakter, fx et brækket ben. Derfor er det ikke meningsfuldt for borgeren at deltage i *Brug for alle*-forløbet, da borgeren reelt tilhører match-gruppe 1 eller 2.

Førstnævnte scenarie har givet anledning til frustration i kommunerne, idet der har deltaget en del borgere, der fx stod overfor en førtidspension, og som derfor naturligt nok ikke var motiverede for at drøfte beskæftigelse. Det er blevet oplevet som en uforholdsmæssig stor arbejdsbyrde, og med at disse borgere har skullet føres igennem både *Brug for alle*-initiativet og rehabiliteringsteamet. Mange kommuner har desuden oplevet borgere, der har givet udtryk for utryghed og uforståenhed over for at skulle igennem de to indsats samtidig. Det skal fremhæves, at det har været muligt for sagsbehandleren at friholde borgere i denne situation fra deltagelse i mødet i det tværfaglige team, men dette har altså ikke været praksis i alle kommuner.

I det andet tilfælde har kommunens matchpraksis måske været uhensigtsmæssig. Langt størstedelen af casekommunerne fortæller, at der har været tale om flere fejlmatch af denne type, altså fx ved match 1 eller 2 med simple problemer, såsom brækket ben, nyligt opererede og lign. Det er dog bemærkelsesværdigt, at mange af disse fejlmatch fra 1. april 2012 stadig har været match 3 i løbet af indsatsperioden – og at det først bemærkes, når det tværfaglige team har givet udtryk for forundring. Borgere, som på baggrund af denne matchpraksis har været i match-gruppe 3, burde også have været fritaget.

Der har ligeledes været tilfælde, hvor sagsbehandlere har givet udtryk for bekymring for, at psykisk sårbare borgere har været udsat for en uhensigtsmæssig stor belastning ved at deltage i mødet i det tværfaglige team. Ofte har bekymringen drejet sig om borgere, der lider af alvorlig social angst/fobi. Her skal det igen understreges, at kommunerne har haft mulighed for at friholde borgere fra at deltage i selve mødet, såfremt det er blevet vurderet, at der forelå særlige omstændigheder. Det synes at forholde sig således, at ikke alle sagsbehandlere har været opmærksomme på denne mulighed.

## 4.2 Det forberedende skema har bidraget til en mere systematisk samtale med borgeren

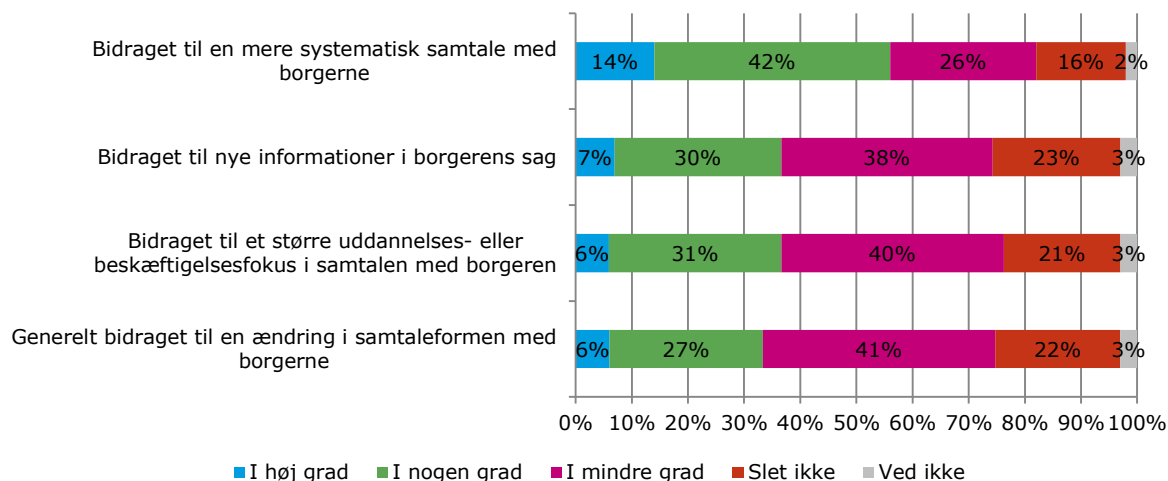
### Faktaboks 4-1: Formål med det forberedende skema

Det forberedende skema er en standardskabelon, der indeholder 21 spørgsmål om uddannelses- og beskæftigelseserfaring samt ønsker for fremtidig beskæftigelse. Jobcentre har haft mulighed for at ændre på ordlyden mv. Det forberedende skema skulle ifølge projektbeskrivelsen sendes med posten eller udleveres til borgerne i initiativet. Som udgangspunkt skulle borgeren udfylde skemaet selv, alternativt ved den indledende samtale med hjælp fra sagsbehandleren. Ved samtalen skulle skemaet fungere som dialogguide med henblik på at rette fokus mod uddannelse/beskæftigelse i samtalen.

Udgangspunktet i *Brug for alle*-initiativet er, at borgeren har modtaget og udfyldt det forberedende skema inden den indledende samtale. Kommunernes erfaringer med at anvende skemaet er blandede. Mest positiv er vurderingen af skemaets medvirken til en større systematik i samtalen med borgerne. Det er altså for mange kommuner lykkedes at få skemaet til at fungere som dialogguide, jf. projektbeskrivelsen. Skemaets medvirken til at bringe nye informationer frem i borgernes sager opleves omvendt som mindre vellykket, idet op imod en fjerdedel af sagsbehandlerne vurderer, at dette slet ikke er lykkedes.

Med udgangspunkt i surveyen blandt sagsbehandlerne ser vurderingerne af skemaets overordnede anvendelighed således ud:

**Figur 4-2: I hvilken grad har forberedelsesskemaet medvirket til følgende:**



Kilde: Sagsbehandlersurvey, n=396

I forlængelse af disse vurderinger angiver 10 pct. af sagsbehandlerne, at deres kommune i fremtiden vil anvende et forberedende skema som dialogguide til samtaler med kontanthjælpsmodtagere. Hvad angår borgere i ressourceforløb er dette tal 25 pct.

Der har været en del kritik af, at spørgsmålene i skemaet omhandler oplysninger, sagsbehandleren allerede har, fx borgerens uddannelsesbaggrund. Således svarer 61 pct. af sagsbehandlerne i surveyen, at det forberedende skema slet ikke eller i mindre grad har bidraget til nye informationer i borgerens sag. Det er ligeledes en af de faktorer, der har bidraget til utilfredshed blandt borgerne, der har været uforstående over for at skulle afgive oplysninger til sagsbehandlerne, som de allerede er i besiddelse af.

Det er kommunernes erfaring, at det er en fordel at ændre ordlyd og/eller rækkefølge af spørgsmålene for at imødekomme potentiel modvilje blandt borgerne. Ændringen af ordlyden medvirker til, at borgeren ikke kan affeje spørgsmålene med et en-stavelssvar. Fordelen ved at ændre rækkefølgen på spørgsmålene består i, at en større andel af borgerne har oplevet nederlag, hvad angår skolegang og arbejde. Derfor bliver refleksioner over uddannelsesforløb og arbejds erfaring de facto ofte en oprensning af det, der ikke er lykkedes. Derfor kan det være hensigtsmæssigt, at borgerne først får lejlighed til at sætte ord på det, de gerne vil. Vi er stødt på jobcentre, der helt har valgt at fjerne spørgsmålene om tidligere erfaringer for at holde et konstruktivt fokus.

Det går igen i casekommunernes erfaringer, at arbejdet med skemaet giver det bedste resultat i sager med borgere under 30 år. Dette skyldes sandsynligvis, at skemaets udformning implicit forudsætter, at borgeren har et allerede eksisterende ønske om at komme i arbejde, hvilket ofte er tilfældet for de unge kontanthjælpsmodtagere, jf. kapitel 3.

Det er også jobcentrenes erfaring, at en meget stor andel af borgerne ikke har kunnet eller har ønsket at udfylde skemaet selv. Det skyldes bl.a., at borgeren ikke har kunnet forstå eller forholde sig til spørgsmålene i skemaet, usikkerhed i forhold til de mulige konsekvenser ved det, at borgeren generelt ikke åbner post fra kommunen, sprogbarrierer, glemsomhed eller generelt kaotisk hverdag blandt en del af borgerne. Andre er blevet vrede over det, de oplever som virkelighedsfjerne spørgsmål om beskæftigelseserfaring og -ønsker.

Jobcentrene har grebet udfordringen med at få borgerne til at udfylde skemaet forskelligt an. Nogle sagsbehandlere har på forhånd ringet til borgerne og informeret om, at de ville få post eller har udleveret det til fx borgerens støttekontaktperson. Andre igen har undladt at sende skemaet til borgere, men har i stedet udleveret skemaet ved den indledende samtale. De fleste jobcentre har erfaret, at kun en lille andel af borgerne er kommet til samtalen med et udfyldt skema. Selv om de fleste jobcentre har forsøgt at hjælpe borgeren og afdramatisere skemaets betydning, har mange alligevel oplevet borgere, der har nægtet at udfylde skemaet både selv og i samarbejde med sagsbehandleren.

Derudover er der i casekommunerne en oplevelse af, at nogle borgere i deltagergruppen ikke egner sig til at deltage i initiativet i det hele taget, hvorfor skemaet heller ikke opleves som en optimal måde at arbejde med disse borgere på.

### 4.3 Den indledende samtale er anvendt til at skabe kontakt til borgeren

#### Faktaboks 4-2: Formål med den indledende samtale

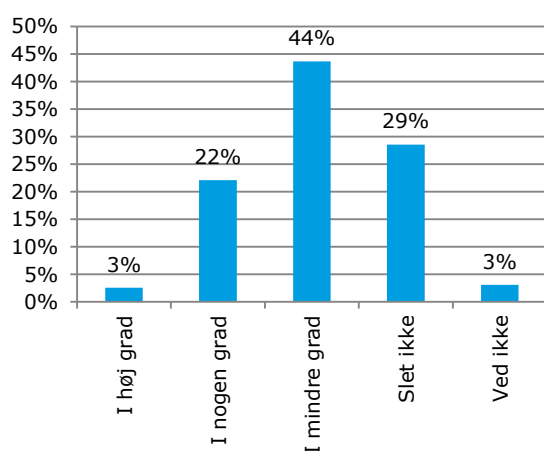
Den indledende samtale er et møde mellem sagsbehandleren og borgeren. Udgangspunktet for samtalen er det forberedende skema. En del kommuner har valgt først at udlevere det forberedende skema ved selve samtalen – enten i nogle eller i alle sagerne. I disse tilfælde har omdrejningspunktet for samtalen været at udfylde skemaet. Formålet med den indledende samtale er i den oprindelige projektbeskrivelse beskrevet som, at *”borgeren bliver i stand til aktivt at formulere et konkret mål for beskæftigelse eller uddannelse”*.

Jobcentrene har oplevet en del problemer med at få borgerne til at møde til den indledende samtale. Problemerne drejer sig fx om borgere, der gentagne gange melder sig syge. Derudover sker det, at meget socialt udsatte borgere med en kaotisk hverdag, fx hjemløse, ikke møder op, fordi de glemmer det.

Flere kommuner har gode erfaringer med, at sagsbehandleren ringer den pågældende borger op eller sender en sms og minder borgeren om samtalen dagen forinden og evt. også samme dag. Dette har været ud fra et rationale om, at det er bedre at bruge en smule flere ressourcer på at få borgeren til at møde op, end mange ressourcer på at den afsatte tid ikke bliver udnyttet. Vi er også stødt på praksis, hvor sagsbehandleren tilbyder at køre hjem til de borgere, der ikke kan møde op på jobcentret, fx borgere med svær angst. På den måde har jobcentrene kunnet imødekomme udfordringer både med at overholde tidsfrister og sørge for, at også svagere borgere får den nødvendige indsats.

Som beskrevet i det foregående afsnit har meget få af borgerne udfyldt det forberedende skema inden samtalen. Derfor har samtalens fokus ofte været, at sagsbehandleren udfylder skemaet sammen med borgeren. I mange tilfælde er følgebrevet til skemaet den eneste information, borgeren har modtaget inden den indledende samtale. Her gør de samme problemer sig gældende som med modtagelsen af skemaet – mange borgere læser ikke post fra kommunen, har af forskellige årsager ikke forstået informationerne osv. Det betyder, at mange borgere først er blevet informeret om initiativet ved samtalen, hvilket har påvirket samtalens fokus, som dermed har været præget af et informationsmøde snarere end et møde, hvor sagsbehandleren har afdækket ny viden, fået fokus på ressourcer og kunnet klæde borgeren på til at formulere et konkret mål for beskæftigelse eller uddannelse.

**Figur 4-3: I hvilken grad vurderer du, at den indledende samtale i Brug for alle har medvirket til at flytte borgeren?**



Kilde: Sagsbehandlersurvey, n=396

I de fleste casekommuner er det borgerens faste sagsbehandler, der har afholdt samtalen. Vi er dog også stødt på kommuner, der har ansat sagsbehandlere specifikt til at føre borgerne igennem *Brug for alle*-initiativet, samt en enkelt kommune, hvor borgerne ikke har en fast sagsbehandler.

Det varierer ligeledes, om kommunerne har valgt at lade samtalen tælle som en nulstillende kontaktsamtale eller ej. I forlængelse heraf varierer det, hvor lang en periode der er gået mellem den indledende samtale og mødet i det tværfaglige team – i gennemsnit 25 dage. Dette spænder over kommuner, hvor der i gennemsnit går under fem dage, til kommuner, hvor der i gennemsnit går mere end ti uger.

Flere respondenter i sagsbehandlersurveyen angiver, at det ikke kun er *Brug for alle*-initiativet i sig selv, der har gjort en forskel, men også de reducerede sagsstammer i nogle af kommunerne og den deraf følgende mulighed for længere samtaler, genindkaldelse af borgerne o. lign. Sagsbehandlerne vurderer, at det har skabt øget tillid til kommunen fra borgernes side og dermed skabt grobund for at kunne arbejde med borgernes beskæftigelsesmotivation og inddrage dem i deres sag. Det er altså værd at fremhæve, at initiativets resultater kan være påvirket af en faktor – reduceret sagsstamme – der ligger uden for *Brug for alle*-initiativet som sådan.

#### 4.4 Det tværfaglige team har styrket det formaliserede samarbejde på tværs i kommunen

##### Faktaboks 4-3: Formål med det tværfaglige team

Mødet i det tværfaglige team er foregået som et møde mellem borgeren, borgerens sagsbehandler og udvalgte ressourcepersoner fra hhv. beskæftigelsesforvaltningen, socialforvaltningen, sundhedsområdet, ungeområdet i ungesager samt evt. andre relevante fagpersoner. Borgeren og teammedlemmerne drøfter sagen under mødet med udgangspunkt i at belyse sagen fra nye vinkler og så vidt muligt holde et fokus på beskæftigelsesmuligheder.

##### Organiseringen

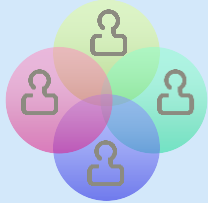
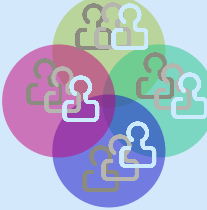
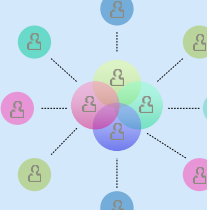

Stort set alle kommuner<sup>11</sup> har etableret tværfaglige teams som en del af indsatsen. Selv om kommunernes organisering af de tværfaglige teams og praksis for brugen af teams har vist sig at være meget forskellig, konkluderer vi, at alle de undersøgte kommuner gennem arbejdet med at etablere og benytte tværfaglige teams som en del af indsatsen i *Brug for alle* har oparbejdet væsentlige nye erfaringer med tværfagligt samarbejde og brug af tværfaglighed i indsatsen over for kontanthjælpsmodtagerne.

Der er identificeret fire distinkte organiseringsmodeller blandt casekommunerne<sup>12</sup>. Der er kommuner, der arbejder med faste teams med de samme medlemmer til stede ved alle møder. Der er ligeledes kommuner, der har valgt at bruge mere fleksible organiseringsmodeller, hvilket spænder fra, at det faste team har mulighed for at trække enkelte specialister ind til møderne, til at teamstrukturen er helt fleksibel, og sagsbehandleren bestemmer, hvilke fagkompetencer der er relevante i den enkelte sag. Modellerne er illustreret herunder.

<sup>11</sup> Organiseringsmodel D, jf. figur 4-4, fungerer ikke som et team, men er en struktureret samarbejdsmodel på tværs af sektorer.

<sup>12</sup> Se også *Foreløbige erfaringer med "Brug for alle"* (Rambøll 2013), hvor modellerne er mere udførligt beskrevet.

Figur 4-4: Karakteristika for anvendte organiseringsmodeller

A. Fast team	B. Faste områder	C. Kerneteam med ad hoc	D. Sagsbehandler med ad hoc
			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faste fagområder</li> <li>• Faste repræsentanter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faste fagområder</li> <li>• Skiftende repræsentanter af få personer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faste kernefagområder inkl. ad hoc-inddragelse</li> <li>• Faste kernerepræsentanter inkl. ad hoc-inddragelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fast beskæftigelsesområde med inddragelse af skiftende ad hoc-fagområder</li> <li>• Skiftende repræsentanter af få personer</li> </ul>

Evalueringen giver ikke mulighed for direkte at fastslå, hvilken model der er mest hensigtsmæssig i forhold til at opfylde indsatsens formål. Oplysningerne fra casekommunerne tyder dog på, at kommuner med en fleksibel organiseringsmodel (model C og D) står overfor betydelige logistiske udfordringer, for så vidt angår at få afholdt møderne med de relevante personer involveret. Dette kræver en vis disciplin og ledelsesfokus gennem hele indsatsperioden.

Kommuner med faste teams (model A og B) har en fordel i den lettere logistik, og i at teamet kommer til at fungere sammen som en enhed i løbet af projektperioden. I modellen med det faste team kan der dog være en udfordring i, at teamet ikke i alle tilfælde indeholder de specifikke fagprofessionelle kompetencer, der er relevante for borgerens sag (fx repræsentant kun med kendskab til det somatiske eller psykiatriske område). Desuden kan der opstå situationer, hvor der anvendes ressourcer på at have en medarbejder med til alle teammøder, hvis kompetencer ikke er relevante i alle sager (fx en misbrugskonsulent). Enkelte casekommuner har valgt ikke at have repræsentanter fra sundhedsområdet i teamet. Dette synes at have været mindre hensigtsmæssigt, da en meget stor andel af målgruppen har helbredsproblemer, og muligheden for at arbejde på tværs af alle relevante aspekter i sagen og tilrettelægge en helhedsorienteret indsats for borgeren således formindskes.

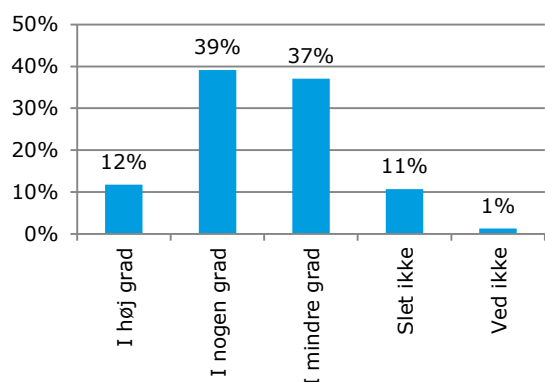
Casekommunerne påpeger, at der har været et stort ledelsesfokus på projektet i begyndelsen, hvor man bl.a. har arbejdet med etableringen af det tværfaglige team, med at sikre ejerskab blandt sagsbehandlerne og med rammerne for logistikken i indsatsen. I lighed med tidligere indsatser af denne type kan der dog observeres en u hensigtsmæssig tendens til, at ledelsesfokus mindskes gennem projektperioden. I enkelte casekommuner er der direkte ledelsesrepræsentation i de tværfaglige teams i form af teamledere el. lign. Denne model sikrer ledelsesfokus på indsatsen i de tværfaglige teams gennem hele perioden og giver et naturligt incitament for ledelsen til at følge op på sagsbehandlernes arbejde med sagerne fremadrettet.

### **Kommunernes vurderinger af værdien af det tværfaglige team**

Overordnet opleves det tværfaglige team som et godt forum for at se på borgerens sag ud fra et nyt sæt af præmisser og som en mulighed for at understøtte en højere grad af koordination i borgerens sag på tværs af forvaltninger og faggrupper.



**Figur 4-5: I hvilken grad oplever du, at mødet i det tværfaglige team har medført ændringer eller en ny tilgang i borgerens sag?**

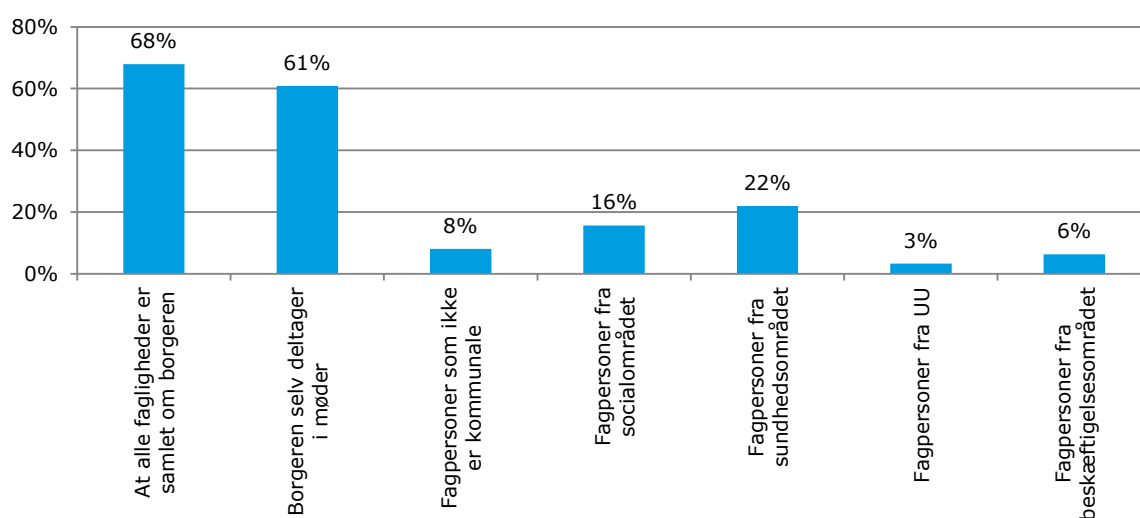


Kilde: Sagsbehandlersurvey, n=396

Der er også tilfælde, hvor borgeren har haft så omfattende problemer eller fastlåst situation, at teamet ikke har været i stand til at komme med nye fremadrettede input. Det er specielt set i sager, hvor borgeren gentagne gange ikke er mødt frem, og mødet er gennemført uden borgeren. I kontanthjælpsreformen er problemstillingen tydeliggjort, da der i forlængelse af sanktionering er beskrevet tilgang til "gentagne sygemeldinger/udeblivelser".

Muligheden for at koordinere indsatserne på tværs er et af de elementer, som både kommunerne og borgerne i særlig grad oplever som positivt. Det bevirker, at indsatserne for de forskellige aspekter af borgerens sag tænkes sammen og koordineres. Det gør det ligeledes muligt at tænke beskæftigelsesindsatsen bredere, således at fx adressering af sociale udfordringer anerkendes som parametre, der skal tænkes ind i en beskæftigelsesindsats. Den positive oplevelse med at samle faglighederne fremgår således af sagsbehandlersurveyen, hvor samlingen af alle fagligheder på samme tid ses som det element, der i højest grad har gjort en positiv forskel.

**Figur 4-6: Hvad har været de mest centrale elementer ved mødet i det tværfaglige team, der har medført ændringer eller en ny tilgang i borgerens sag? Prioriter de to punkter, der har været mest centrale.**



Kilde: Sagsbehandlersurvey, n=396

Casekommunerne fremhæver, at inddragelsen af andre fagligheder fx fra psykiatrien eller privatpraktiserende læger har styrket mødet og dialogen i væsentligt omfang. Disse fagligheder kan være afgørende for at italesætte tabubelagte emner, som borgeren selv beskriver som afgørende for en førtidspension og passivitet. Således er disse fagligheder i stand til at tage disse problema-

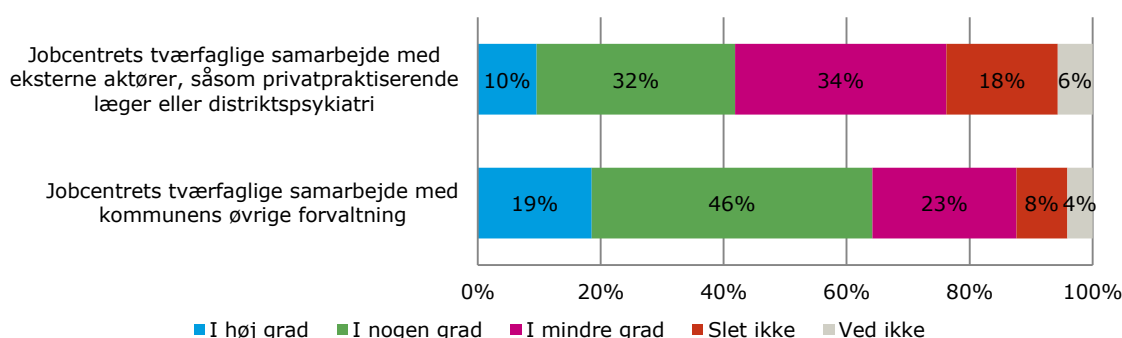
tikker op og drøfte hvilke muligheder der er for borgeren trods barriererne. Desuden har disse fagligheder samtaletekniske kompetencer, som flere casekommuner vurderer som lærende for hele teamet. Her er det især blandt casekommuner, hvor psykiatriske medarbejdere sidder i teamet, at den samtaletekniske læring er fremhævet som en ekstra gevinst.

### **Praktisk erfaring med anvendelse af tværfaglige teams**

En del af respondenterne vurderer, at de også forud for *Brug for alle* har arbejdet tværfagligt. Det er især på ungeområdet, hvor mange af kommunerne har opbygget erfaringer med tværfaglighed, såsom gennem samarbejde med UU, uddannelsesinstitutioner, psykiatri og misbrugsområdet. Imidlertid er der væsentlige forskelle fra tidligere erfaringer, til de erfaringer kommunerne har gjort sig med tværfaglige teams under *Brug for alle*.

Først og fremmest er der i langt højere grad tale om et struktureret og formaliseret samarbejde under initiativet, end der tidligere har været erfaringer med i kommunerne, hvor samarbejdet typisk har været mere ad hoc baseret. Dermed er det blevet mere gennemskueligt hvem, hvornår og hvordan de enkelte fagområder involveres. Strukturen har særligt været givet ved initiativet grundet projektbeskrivelsens detaljeringsniveau og initiativets omfang inden for projektperioden, som har krævet strukturerede arbejdsgange og fastlagte aftaler om tværsektoriel deltagelse i møderne i det tværfaglige team. Arbejdsgangene er løbende blevet tilpasset i kommunerne. Eksempelvis har Rambøll i de indledende casebesøg observeret, at alle casekommunerne anvendte timeout under de tværfaglige møder, mens ingen af casekommunerne i de afsluttende casebesøg anvendte timeout. Disse kommuner havde i stort omfang anvendt timeout i opstartsfasen, men har løbende erfaret, at drøftelserne sagtens kunne tages sammen med borgeren.

**Figur 4-7: I hvor høj grad har *Brug for alle* direkte ført til øget anvendelse af følgende:**



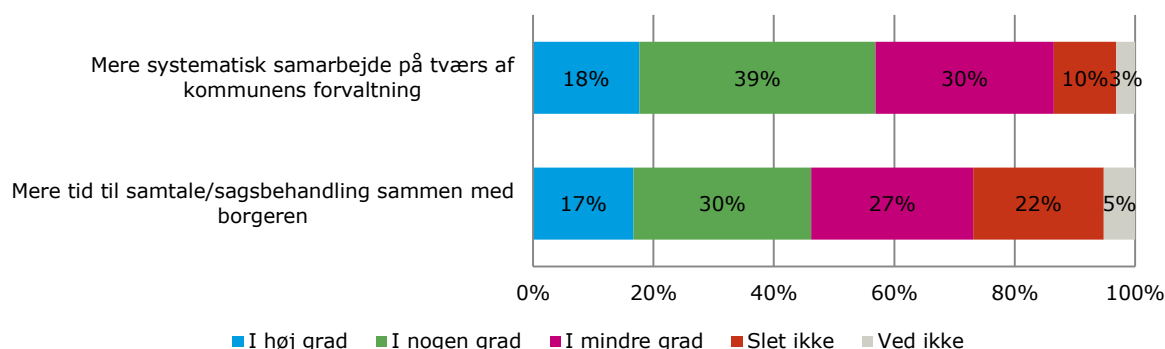
Kilde: Sagsbehandlersurvey, n= 396

Herudover har kommunerne gennem initiativperioden fået erfaringer med den praktiske afholdelse af tværfaglige møder, herunder forberedelse, omfang og antal deltagere.

Casebesøgene afspejler ikke en ensretning i optimeringen af den praktiske afholdelse. Evalueringen viser, at kommunernes både har tilpasset arbejdet i de tværfaglige teams løbende ved at øge eller mindske mængden af forberedelsesmateriale og afsat tid til formøde inden mødet med borgeren. I henhold til omfanget af mødet har vi set, at kommunerne, der har deltaget i de afsluttende casebesøg, har afholdt det tværfaglige møde inkl. formøde og opsamling på en time eller mindre.

Der er heller ingen entydige erfaringer med det optimale antal af deltagere. Ikke desto mindre vurderer de interviewede i casekommunerne, at borgerne generelt set ikke har reageret negativt, selv ved møder med et stort antal mødedeltagere (op til otte deltagere). Det skal bemærkes, at alle casekommuner har oplevet enkelte borgere, der var overvældet af antallet af mødedeltagere, men som udgangspunkt fremhæver kommunerne, at borgerne i løbet af mødet slappede mere af. Samlet set har kommunerne erfaret, at borgerne i mindre grad end forventet var påvirket af deltagelse i møder med et større antal mødedeltagere.

**Figur 4-8: I hvilken grad vurderer du, at følgende elementer i *Brug for alle* har medvirket til at flytte borgerne?**



Kilde: Sagsbehandlersurvey, n=396.

Desuden vurderer langt hovedparten af sagsbehandlerne (87 pct.), at erfaringerne med den praktiske tilrettelæggelse fra det tværfaglige team og elementerne fra initiativet kan anvendes til møder i rehabiliteringsteamet. Undtagelserne er eksempelvis nogle af de store kommuner som grundet borgerantallet har været nødsaget til at etablere og udvikle *Brug for alle*-teamet og rehabiliteringsteamet sideløbende og dermed ikke har profiteret af erfaringerne.

### **Beslutnings- og bevillingskompetencer i det tværfaglige team**

En problemstilling, vi har set udfoldet undervejs, er fordele og ulemper ved, at teammedlemmerne har beslutnings-/bevillingskompetencer.

På den ene side synes det at give anledning til frustration blandt nogle sagsbehandlere, at teamet i nogle tilfælde har anbefalet indsatser, der efterfølgende viser sig ikke at kunne lade sig realisere økonomisk. På den anden side er der også blevet givet udtryk for frustration over, at der bliver bevilget indsatser, uden at sagsbehandleren selv har det sidste ord i processen. Derudover påpeger flere kommunale medarbejdere, at målgruppens situation ofte ændrer sig, hvorfor en indsats, der er relevant den ene måned, kan være irrelevant to måneder senere. Derfor kan det også være u hensigtsmæssigt, hvis det ikke er muligt for sagsbehandleren at justere indsatsplanen løbende.

Der ses altså her et paradoks, hvor sagsbehandlerne i jobcentret på den ene side kan ønske, at teamet ikke kun anbefaler, men rent faktisk bevilger indsatserne. På den anden side er der et ønske om, at sagsbehandlerne i sidste ende afgør, om en anbefalet indsats skal gennemføres.

Vi er i dataindsamlingen stødt på en kommune, hvor man har løst problemet ved at teamet har beslutningskompetence og ansvar for overholdelse af de økonomiske rammer. En del kommuner har derudover fremhævet vigtigheden af, at teammedlemmerne er erfarne medarbejdere, der ved, hvad der kan lade sig gøre rent økonomisk. Den omvendte situation er vi ligeledes stødt på, dvs. kommuner, hvor teammedlemmernes uerfarenhed er blevet fremhævet som u hensigtsmæssigt i forhold til, hvor realiserbare teamets anbefalinger er.

En anden type problemstilling, hvad angår bevilling, vi er stødt på, er en oplevelse hos jobcentrets medarbejdere af manglende vilje til eller mulighed for i andre enheder at afsætte de relevante ressourcer til at bevilge de anbefalede indsatser. Disse oplevelser kan naturligvis skyldes velbegrundede forhold, såsom de lovgivningsmæssige rammer eller ønsket om lige behandling af deltagere i *Brug for alle* og andre borgere. I samme kategori falder problemer med, at serviceloven er en tilbudslovgivning, hvorfor det ikke er påkrævet, at socialenheden arbejder med borgernes motivation for at tage imod et givent tilbud.

Vi vurderer, at gennemførelsen af tværfaglige indsatser er afhængig af en ledelsesmæssig prioritering på tværs af kommunens forvaltninger, og samtidig en uddelegering af klare rammer for det økonomiske råderum. Desuden vurderer vi at værdien af tværfaglige teams øges ved at teams beslutninger er forpligtigende.

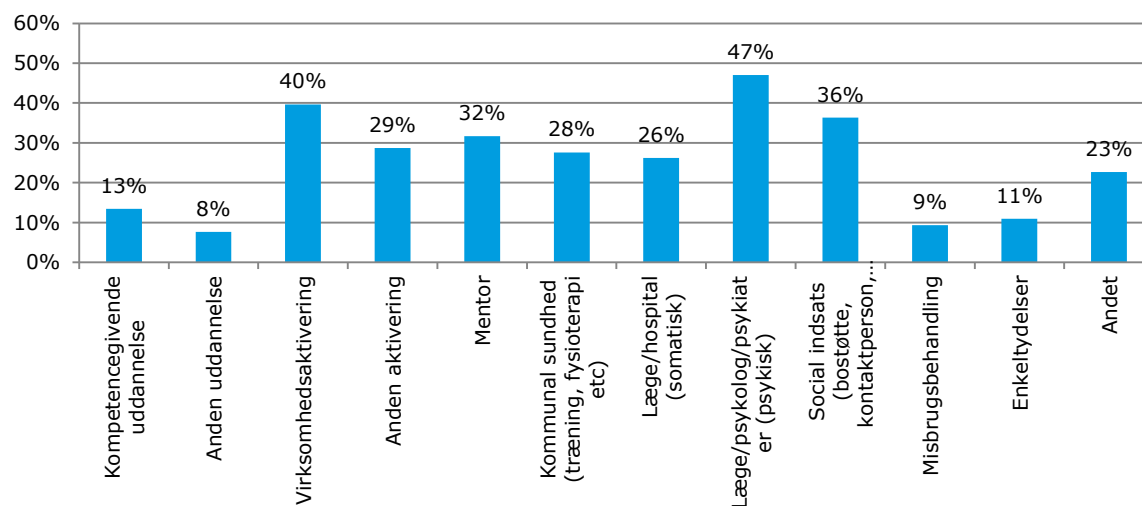
#### 4.5 Indsatsplanerne indeholder tværfaglige indsatser, men mangler klare målsætninger

##### Faktaboks 4-4: Formål med indsatsplanerne

Indsatsplanen er et dokument, hvor de anbefalinger, teamet og borgeren er kommet frem til, er samlet. Disse anbefalinger skal efterfølgende omsættes til aktiviteter, oftest af borgerens sagsbehandler. Anbefalingerne kan både have karakter af egentlige anbefalinger og beslutninger, alt efter kommunens praksis. De kan ligeledes både omhandle beskæftigelsesrettede aktiviteter og aktiviteter på social- eller sundhedsområdet. Aktiviteterne skal som udgangspunkt nedfældes med start- og sluttidspunkt og med angivelse af, hvem der har ansvaret for aktivitetens gennemførelse (jobcentermedarbejder, mentor, borgeren selv osv.).

Det er ikke overraskende, at mange af de analyserede indsatsplaner er opbygget således, at de sundheds- og socialindsatsorienterede aktiviteter skal iværksættes før de beskæftigelsesrettede, idet deltagergruppens sociale- og sundhedsproblematikker udgør barrierer for den beskæftigelsesrettede indsats. I indsatsplanerne er det eksempelvis anbefalt, at borgeren får afdækket muskelskeletlidelse før opstart i virksomhedspraktik. I figur 4-9 nedenfor er gengivet de aktiviteter, som er anbefalet i de analyserede indsatsplaner.

Figur 4-9: Aktiviteter i indsatsplaner (andel indsatsplaner med nævnt aktivitet)



Kilde: Analyse af 366 indsatsplaner.

Ifølge de analyserede indsatsplaner er der en form for social- eller sundhedsindsats anbefalet i ca. 80 pct. af sagerne. Her er overvejende tale om anbefalinger til behandling eller udredning for såvel psykiske som somatiske lidelser samt sociale indsatser i form af støttekontaktperson, bostøtte e. lign.

Som det fremgår af figuren, er det oftest forekommende mål i indsatsplanerne behandlingsindsatser på det psykiske område (læge, psykolog, psykiater/psykiatri), som findes i 47 pct. af indsatsplanerne. De øvrige sundhedsindsatser forekommer også forholdsvis ofte, herunder læge/hospital (somatisk) i 26 pct. af sagerne og kommunal sundhed i 28 pct. af sagerne. Denne prioritering stemmer godt overens med de barrierer indsatsplanerne nævner og i øvrigt også med borgerens egen vurdering af deres helbredssituation.

Omvendt ses det dog også, at der i 40 pct. indsatsplanerne er anbefalet en virksomhedspraktik. Næsten to tredjedele af indsatsplanerne (64 pct.) indeholder en beskæftigelsesrettet aktivitet (virksomhedspraktik, vejledning og opkvalificering, kompetencegivende uddannelse og anden uddannelse). Hvis mentor medtages, stiger andelen yderligere til 72 pct. Det er altså lykkedes de tværfaglige teams at finde frem til anbefalinger med et beskæftigelsesrettet fokus i ca. to tredjedel af sagerne på trods af målgruppens forholdsvis ringe forudsætninger. Det er endnu ikke muligt at fastslå, hvor mange af anbefalingerne det vil lykkes at iværksætte.

Det skal fremhæves, at vi i evalueringen er stødt på en forholdsvis udbredt tendens til, at virksomhedspraktik behandles som et egentligt mål for indsatsen og ikke et middel, der i sidste ende skal lede til egentlig beskæftigelse. Her er det vigtigt, at kommunerne er opmærksomme på, hvilket formål virksomhedspraktik eller andre indsatser tjener, samt fastholder et tydeligt fokus på, at målet er selvforsørgelse. Derfor er det vigtigt, at indsatsplanerne indeholder et klart mål om beskæftigelse eller uddannelse rettet mod et specifikt erhverv, hvis det beskæftigelsesrettede fokus skal fastholdes i sagsbehandlingen.

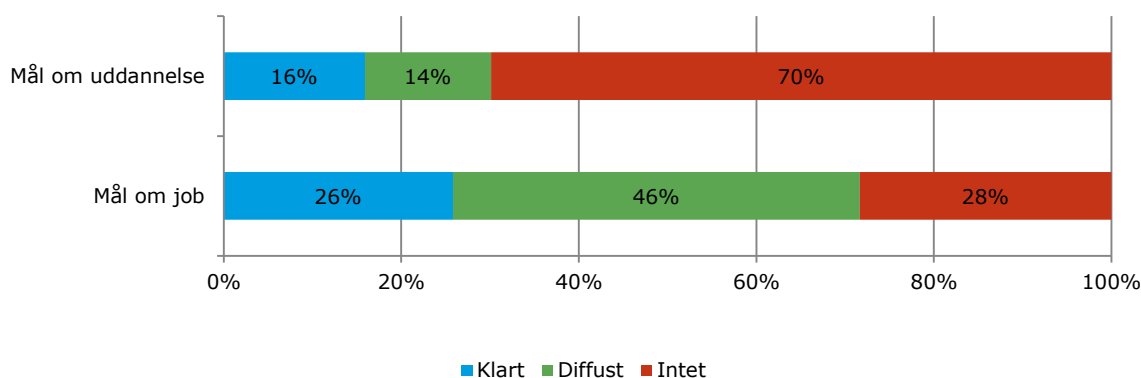
Som en del af indsatsen er det forudsat, at borgerne deltager i beskæftigelsesrettede tilbud, i det omfang det er muligt, og at borgere, der er for udsatte til at deltage i beskæftigelsesrettede tilbud, tildeles en mentor. 30 pct. af indsatsplanerne indeholder anbefalinger om mentor.

Der er ikke foretaget nogen egentlig kvantitativ opgørelse af, i hvilket omfang der er udarbejdet indsatsplaner i sagerne. Ud fra oplysninger fra sagsbehandlere og ledere i jobcentrene vurderes det dog, at der er udarbejdet indsatsplaner i stort set alle sager, hvor der har været afholdt møde i tværfagligt team. Da der er en del kommunevariation i andelen af målgruppen, som har været til møde med det tværfaglige team, er der formentlig også en tilsvarende forskel i andelen med en udarbejdet indsatsplan.

### ***Indsatsplanerne har job- eller uddannelsesmål, men ikke konkretiserede***

Når det skal vurderes, om indsatsplanerne opfylder delmålsætningen om at indeholde et klart job- eller uddannelsessigte, bemærker vi, at der er en del af målgruppen, som kun i meget begrænset omfang har været aktive deltagere i processen i det tværfaglige team, og som samtidig er så svage, at det har været vanskeligt at formulere et beskæftigelses- eller uddannelsesmål for dem. Det er typisk denne del af målgruppen, som i nogle jobcentre har været friholdt for mødet i det tværfaglige team, mens andre jobcentre i højere grad har valgt at gennemføre møderne – også for de svageste grupper.

Som beskrevet i kapitel 3 er der i målgruppen betydelige – navnlig psykiske – helbredsmæssige udfordringer og umiddelbart få mobiliserbare ressourcer i forhold til job og uddannelse. Samtidig er der varierende motivation for at få et job eller en uddannelse. Det er derfor interessant at undersøge, i hvilket omfang indsatsplanerne faktisk formår at omsætte initiativets overordnede fokus på job og uddannelse i praksis. Figur 4-10 nedenfor illustrerer omfanget af job- og uddannelsesmål i indsatsplanerne.

**Figur 4-10: Vurdering af om indsatsplanernes indeholder mål om job og uddannelse**

Anm.: Vurderingen er baseret på Rambølls gennemgang af indsatsplanerne. Ved et klart mål forstås et specifikt job eller uddannelsesønske med en formuleret plan for målets opnåelse. Diffust mål forstås som de indsatsplaner, der har overvejelser om job eller uddannelse, men hvor disse er generelle, vage eller uden plan for opnåelse.

Kilde: Analyse af 366 indsatsplaner.

Som det fremgår af figuren, er der en form for job- eller uddannelsesmål i størstedelen af indsatsplanerne. Det er dog 28 pct. af indsatsplanerne, som ikke har beskrevet et jobmål, hvilket kan opleves som en stor andel, hvor det centrale formål ikke er indeholdt. Her er der dog tale om sager, hvor borgerne skal udredes forud for et evt. ressourceforløb. Herudover konstaterer vi, at målene om job og uddannelse i størstedelen af indsatsplanerne er forholdsvis diffuse, både i form af at de skitserede mål er forholdsvis brede og generelle, og ved at den skitserede vej mod job eller uddannelse mangler konkret beskrivelse og tidsperspektiv.

### **Indsatser vurderes som realistiske**

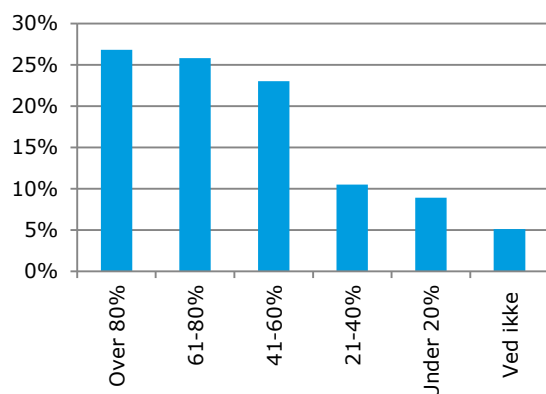
Der foreligger ikke et datagrundlag, som gør det muligt at vurdere, i hvilket omfang de anbefalede aktiviteter faktisk iværksættes. De foreløbige opgørelser af det registrerede aktiveringsomfang for deltagerne tyder dog på, at det er lykkedes at realisere et forholdsvis højt aktiveringsomfang i målgruppen. Der er ved udgangen af indsatsperioden registreret beskæftigelsesrettede tilbud i 42 pct. af bruttomålgruppen<sup>13</sup>. Dette tal skal ses i sammenhæng med, at der er tale om borgere i matchgruppe 3, der netop er defineret ved at man vurderer, at de er for svage til at gennemføre en beskæftigelsesrettet indsats.

Det er samtidig interessant, at sagsbehandlerne overordnet vurderer, at størstedelen af anbefalingerne kan omsættes til aktiviteter. I de tilfælde, hvor sagsbehandlerne ikke vurderer, at anbefalingerne kan realiseres, skyldes det både praktiske forhindringer – ventetider på behandling o.a. – og en forventning om, at nogle borgere vil vise sig enten ikke at være i stand til at gennemføre aktiviteterne eller ikke vil have lyst til det alligevel (når der er tale om anbefalinger, der ligger under serviceloven eller andre valgfrie anbefalinger).

Det kan i den forbindelse påpeges, at det er hensigtsmæssigt at igangsætte indsatserne hurtigst muligt efter mødet, således at der ikke når at finde større ændringer (til det værre) sted i borgers situation. En hurtig igangsættelse vil også medvirke til, at borgerne kan se sammenhængen mellem selve initiativets forskellige elementer og den efterfølgende indsats. Det er dog kun en del af kommunerne, som har afsat ressourcer til ekstra opfølgning i sagerne umiddelbart efter mødet i det tværfaglige team.

<sup>13</sup> Jf. brugforalleindsats.dk.

**Figur 4-11: I hvor stor en andel af dine borgersager, der er omfattet af *Brug for alle*, forventer du, at det vil være muligt at tilbyde borgerne de anbefalede indsatser fra indsatsplanen?**



Kilde: Sagsbehandlersurvey, n=396

nogle af aktiviteterne (fx 'borgeren skal gå til egen læge og få henvisning til fysioterapeut').

Vi har set stor variation i, hvor detaljerede indsatsplanerne er, hvad angår start- og sluttidspunkt, ansvarsfordeling m.m. Således foreligger der ingen tidsplan for aktiviteterne iværksættelse i 32 pct. af de analyserede indsatsplaner. Det er en fordel, at der foreligger en tidsplan og en ansvarsfordeling for aktiviteterne iværksættelse, idet det medvirker til, at alle parter føler ejerskab, hvilket igen understøtter, at anbefalinger faktisk omsættes til aktiviteter. Ligeledes er en ansvarsfordeling, der går på tværs af forvaltninger og evt. samarbejdspartnere, med til at underbygge hensigten om mere tværfagligt/tværsektorielt samarbejde og en helhedsorienteret tilgang til borgerne. Det vil ligeledes underbygge en aktiv borgerinddragelse og ansvarliggørelse af borgerne, at give borgerne selv ansvar for udførelsen af

#### 4.6 Oplevede barrierer for *Brug for alle*-initiativet

Kommunernes organisering af opstarten af indsatsen har formentlig haft en betydning for deres oplevede udbytte i forhold til det tværfaglige samarbejde. De kvalitative interviews giver en klar indikation af, at de kommuner, der kom tidligt i gang med at forberede indsatsen, herunder rekruttering af medarbejdere og koordinering på ledelsesniveau, også har realiseret de største gevinster i form af et systematisk, bedre tværsektorielt samarbejde.

Samtidig fremhæver samtlige casekommuner dog også, at selve indsatsperioden har været uhensigtsmæssigt kort, både i forhold til at implementere de forskellige elementer ordenligt og i forhold til at opretholde en ordentlig kvalitet i de forskellige indsatslementer inden for tidsfristerne. Det har bl.a. resulteret i, at mange kommuner ikke har haft tid til at afholde nye tværfaglige møder, hvis borgeren må udeblive pga. sygdom. Denne udfordring drejer sig dog ikke kun om indsatsperiodens længde, men også om hvor gode eller mindre gode ledelsen har været til at planlægge og tilrettelægge implementeringen af initiativet samt andre organisatoriske aspekter.

Nogle kommuner har afviklet initiativet i etaper for at kunne holde styr på den samlede proces; dvs. først afholdes alle indledende samtaler, derefter alle tværfaglige møder og herefter udarbejdelse af alle indsatsplaner. Det har resulteret i lange passive perioder for borgerne mellem de forskellige elementer, fx mellem møde i tværfagligt team og iværksættelse af aktiviteter. Det har vist sig uhensigtsmæssigt, da deltagergruppens omskiftelige situation og div. psykisk relaterede problemer som fx hukommelsesbesvær eller manglende koncentrationsevne gør, at borgerne mister overblik over forløbet. Det gør det sværere at inddrage borgeren og understøtte ejerskabet hos borgeren.

En sidste faktor, der synes at have besværliggjort processen, er iværksættelsen af flere tiltag og projekter på én gang – førtidspensions- og fleksjobreformen, kontanthjælpsreformen og frikommuneforsøg mv. Det har besværliggjort vidensoverførsel fra et tiltag til et andet ligesom der for enkelte tiltag har været divergerende indsatsfokus, såsom frikommuneforsøg med prioritering af indsatsklare borgere mod prioritering af *Brug for alle* deltagergruppen.

## 5. FREMADRETTET ANVENDELSE AF BRUG FOR ALLE-ERFARINGERNE

Evalueringen af *Brug for alle* giver anledning til en række refleksioner over jobcentrenes arbejde med kontanthjælpsmodtagerne fremadrettet, herunder i relation til arbejdet med kontanthjælpsreformen. De opnåede erfaringer er især i form af læring på tværs af forvaltningssektorer, der har givet en øget indsigt i sektorernes særlige rammevilkår og samtidig givet inspiration til ændrede arbejdsgange ved tværfagligt arbejde og nytænkning i dialogen med borgeren. Det er netop disse erfaringer, der skal bygges på i det videre arbejde med at optimere kvaliteten i indsatsen til målgruppen og dermed sikre, at flere kommer i job og uddannelse.

I nedenstående boks er de centrale fund om den fremadrettede anvendelse af erfaringer fra initiativet opsummeret.

### Boks 5-1: De centrale fund om fremadrettet anvendelse af erfaringerne

#### Centrale fund

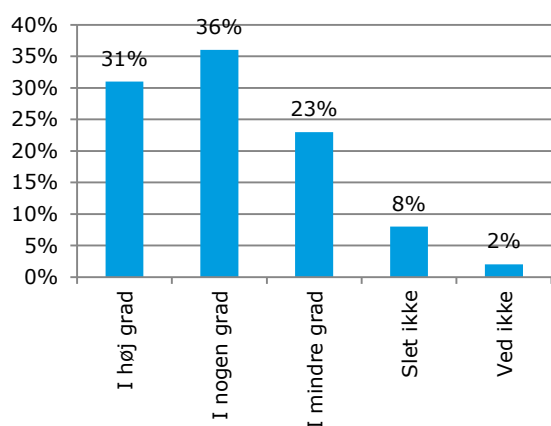
- Kommunerne fortsætter anvendelsen af tværfaglige møder og det samarbejde de har opbygget mellem forvaltningerne.
- Gode erfaringer omfatter anvendelse af mødeleder, referent og beslutnings- og bevillingskompetence under tværfaglige møder for at sikre tydelige rammer for borger og team.
- Mentor kan bringe borgeren ud af isolation og passivitet og understøtter borgerens motivation..
- Mentor kan understøtte sagsbehandlerens arbejde med at udarbejde en målrettet og helhedsorienteret indsats til borgeren.
- Barrierer til trods oplever borgerne sig taget alvorligt og forstået i dialogen, hvilket giver gode betingelser for at arbejde med borgerens empowerment.
- Der er en tæt sammenhæng mellem borgernes oplevelse af indflydelse på målsætninger og deres tro på egne muligheder.

Kommunerne har generelt taget de gode erfaringer fra opstarten af *Brug for alle* og brugt dem fremadrettet i arbejdet med kontanthjælpsmodtagere samt rehabiliteringsteams i reformen af førtidspension og fleksjob. Denne mulighed for at afprøve arbejdet med tværfaglige teams forud for etableringen af rehabiliteringsteams fremhæves i sig selv som en værdi ved at være med i indsatsen.

Sagsbehandlerne vurderer samlet set *Brug for alle* som et overvejende positivt initiativ, som illustreret i figur 5-1. Dermed indikeres det også, at der er gode læringspunkter i initiativet, der sammen med fortsættelsen af nogle af elementerne udfoldes her i kapitlet.



**Figur 5-1: I hvilken grad vurderer du helt overordnet initiativet *Brug for alle* som et godt initiativ?**



Kilde: Sagsbehandlersurvey, n=396

**Tabel 5-1: Hvilke elementer fortsættes i kommunen?**

	Anvendelse af tværfaglige møder	Øget samarbejde på tværs	Systematiseret samarbejde og inddragelse af socialområdet	Måden at inddrage borgerne
<b>Kontanthjælpsmodtagere</b>	35 pct.	43 pct.	30 pct.	22 pct.
<b>Rehabiliterings-team</b>	51 pct.	43 pct.	33 pct.	41 pct.

Anm.: Respondenterne har haft mulighed for at vælge flere elementer.

Kilde: Sagsbehandlersurvey, n=396.

19 pct. af de adspurgte sagsbehandlere angiver, at kommunen ikke fortsætter nogen af elementerne fra *Brug for alle*-initiativet i deres arbejde med kontanthjælpsmodtagere efter projektperioden. For borgere i ressourceforløb er det samme tal 10 pct.<sup>14</sup> Sagsbehandlerne vurderer, at det særligt er *det øgede samarbejde på tværs af kommunens forvaltninger* i arbejdet med kontanthjælpsmodtagere, som kommunerne fortsætter med.

Det skal tages med i betragtning, at der forud for *Brug for alle*-initiativperioden allerede var en del samarbejde og indsigt forvaltningerne imellem. Alligevel tegner der sig et tydeligt billede af centrale interne kommunale læringspunkter initiativet igennem. *Brug for alle* har særligt bidraget med viden og metodeudvikling på tre primære områder, der kan overføres til arbejdet med kontanthjælpsreformen samt med arbejdet med ressourceforløb. Punkterne udfoldes i de følgende afsnit.

- Tværfaglighed kan øge kvaliteten og effekten af indsatserne.
- Mentor som understøttende indsats til borgere med komplekse problemer.
- Empowerment blandt borgere med komplekse problemer.

### 5.1 Tværfaglighed kan øge kvaliteten og effekten af indsatserne

Som beskrevet i kapitel 4 har kommunerne gjort sig en række praktiske erfaringer med tværfagligt samarbejde, såsom tidsanvendelse, forberedelse og rammerne om afholdelse af det tværfaglige møde. De gode erfaringer knytter sig bl.a. til inddragelsen af social- og sundhedsfaglige

<sup>14</sup> Respondenterne har vurderet værdien af flere elementer, og har dermed kunne vælge flere elementer som værdifulde.

<sup>15</sup> Baggrunden for, at ikke alle kommuner vurderer at kunne anvende erfaringerne fra det tværfaglige team i rehabiliteringsteamet, er beskrevet i afsnit 4.4.

kompetencer, dialogen med borgeren samt styrkelse af koordineringen mellem de involverede sektorområder. Disse erfaringer og videreudviklingen af tværfagligheden til udvalgte borgergrupper kan medvirke til øget kvalitet og effektivitet i velfærdssydelsene i kommunerne.

Erfaringerne fra *Brug for alle* kan ses i relation til teorien om relationel koordinering, hvor forsøg har påvist, at der er en stærk sammenhæng mellem kvalitet og effekten af en tværgående indsats og tilstedeværelsen af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt mellem deltagerne samt anvendelsen af hyppig, præcis, rettidig og problemløsende kommunikation mellem disse.<sup>16</sup>

De interpersonelle relationer mellem personale fra beskæftigelses-, sundheds- og socialområder er helt centrale for at sikre en fokuseret indsats til borgeren, men det er også forskellige faggrupper, der har hver deres specialviden. Det har både vist sig som en udfordring og en styrke ved initiativet. Casekommunerne har fremhævet, at gensidig forståelse og kommunikation mellem faglighederne har taget tid at få på plads. Her vurderer casekommunerne, at det fælles mål i initiativet har medvirket til at styrke samarbejdet og hurtigere etablere forståelsen, rammerne og systematikken for kommunikationen.

Et eksempel på, at tværfagligheden har løftet kvaliteten i kommunerne, ses netop ved kommunikationen. Casekommunerne fremhæver forskellighederne i kommunikationen mellem faglighederne på de tre fagområder som en styrke. Her oplever medarbejdere fra beskæftigelsesområdet eksempelvis, at dialogen internt i teamet har hjulpet dem med at ændre dialogen med borgeren generelt. Inddragelsen af medarbejdere med psykiatriske kompetencer har særligt givet medarbejderne nye værktøjer til at åbne samtalen mere og dermed få flere oplysninger og en mere afslappet borger.

Det gør en positiv forskel for borgerens oplevelse af at blive taget alvorligt under mødet såvel som for mødets konstruktive fokus, at der er en person med autoritet og viden om psykiske lidelser til stede i teamet. Det kan fx være en psykiater eller en psykolog, der samtidig bidrager med en samtaleteknik, der fremhæves som velegnet til at få borgerne til at føle sig trygge og åbne op. Et mindre omkostningstungt og godt alternativ, som flere kommuner har benyttet, er en psykiatrisk sygeplejerske. En læge (eller lægekonsulent) har mange af de samme fordele; borgeren oplever anerkendelse af sine (oplevede eller reelle) helbredsudfordringer, samtidig med at der kan foretages en vurdering af, hvilken betydning den pågældende lidelse har for beskæftigelsesmulighederne.

En del af kommunerne har fravalgt at have en fagperson med indsigt i psykiske lidelser til stede i teamet. Evalueringen viser dog, at dette kan være en betydelig ulempe, da viden om psykiske lidelser er en afgørende faktor for denne målgruppe, hvor psykiske lidelser er udbredte (det er en barriere i 63 pct. af de analyserede indsatsplaner). Nogle har fravalgt det til fordel for fagperson med indsigt i fysiske lidelser, fx en fysioterapeut. Det kan være en fordel, hvis det er muligt at arbejde med en fleksibel teamstruktur, således at teamets sammensætning kan tilpasses borgers (helbreds-)udfordringer. Enkelte kommuner har helt fravalgt at have en person fra sundhedsområdet til stede. Det har vist sig at være en ulempe for muligheden for at have en helhedsorienteret tilgang til sagen.

### **Anvendelse af tværfaglige møder**

Kommunerne har valgt forskellige modeller for afholdelsen af mødet i forhold til forberedelse, anvendelse af mødeleder, talerække mv. En nærmere gennemgang af de forskellige mødemodeler er at finde i *Foreløbige erfaringer med Brug for alle* (Rambøll 2013). Det er dog særligt ne-

<sup>16</sup> Gittell et al. (Medical Care, 2000): *Impact of Relational Coordination on Quality of Care, Postoperative Pain and Functioning, and Length of Stay: A Nine-Hospital Study of Surgical Patients* og Gittell, Jody Hoffer (2009): *High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*.

denstående aspekter, som bør fremhæves i forhold til erfaringerne fra møderne i de tværfaglige teams, Rambøll anbefaler overvejet i det fremadrettede arbejde med tværfaglige teams.

**Table 5-2: Anbefalinger til arbejdet med tværfaglige møder**

Anbefaling	Beskrivelse
<b>Mødeforberedelse – en ressourceprioritering</b>	Rambøll konstaterer, at teammedlemmernes mulighed for at forberede sig til mødet har varieret en del, både hvad angår materiale og tid. En væsentlig pointe her er, at der bør prioriteres tilstrækkeligt materiale og tid til forberedelse, således at selve mødet ikke kommer til at dreje sig om banale udredninger af fakta. Det anbefales, at sagbehandlere fra jobcenter, social- og/eller sundhed efter relevans udarbejder et samlet skriv på 1-2 sider med de væsentligst oplysninger om borgerens sag, som leveres til teamet inden mødet. Teamet bør have minimum 10 min. inden mødet med borgeren til et internt møde.
<b>Mødeleder til at fastholde den røde tråd</b>	Det er gavnligt for kvaliteten og fokus i anbefalingerne, at der under mødet er en mødeleder. Mødelederens rolle er at sørge for, at mødet ikke udvikler sig til et 'tag-selv-bord', hvor alle tænkelige indsatser af mere eller mindre relevant karakter drøftes, samt at fokus hovedsageligt holdes på anbefalinger, der understøtter borgerens vej mod beskæftigelse. Samtidig skal mødelederen holde den røde tråd, og sørge for at borgeren kan følge drøftelserne og hele tiden er bevidst om mødets formål og hvilke aktiviteter, der skal understøtte hvilket mål.
<b>Vær åben for nye oplysninger</b>	Det er væsentligt, at teamet ikke allerede under forberedelsen beslutter sig for, hvilke indsatser borgeren skal tilbydes af hensyn til borgerinddragelsesaspektet. Der kan samtidig komme nye oplysninger om borgeren, som kan være afgørende for at komme frem til målrettede indsatser. Dog kan det være hensigtsmæssigt, hvis teamet i forberedelsen sporer sig ind på, hvilke emner der skal fokuseres på i drøftelserne, således at ovennævnte 'tag-selv-bords-situation' ikke opstår.
<b>Referent i teamet</b>	Vi har observeret kommuner der til møderne har en referent til stede, som undervejs skriver drøftelserne ned og til sidst samler dem til indsatsplanen ved mødets afslutning. Indsatsplanen er således klar til borgeren umiddelbart i forlængelse af mødet og herefter klar til at blive iværksat. Anvendelse af referent mindsker dermed risiko for at borgeren ikke erindrer og genkender drøftelserne. Andre kommuner har valgt, at anbefalingerne drøftes med borgeren ved næste kontaktsamtale, hvorfor den først iværksættes i forbindelse med denne. Derfor anbefaler vi, at der deltager en referent til mødet til hurtig ekspedition.
<b>Beslutningskompetence i teamet</b>	Vi vurderer, at tværfaglige møder sammen med borgeren er mest effektive, hvis teamet har en vis grad af beslutningskompetence. Dermed modtager borgeren en indsats i stedet for en anbefaling om indsats, hvilket denne deltagergruppe har lettere ved at forholde sig til. Det er dog afgørende at indsatsen er realistisk og der tages hensyn til økonomiske ressourcer i de enkelte forvaltninger. Beslutningskompetence i teamet sikrer en problemløsende tilgang.

## 5.2 Mentor som understøttende indsats til borger – og kommune

Mentorstøtten til borgere med komplekse problemer kan medvirke til at styrke borgerens fremmøde til indsatser, der skal hjælpe borgeren videre. Mentoreren kan skabe tillid til borgeren og derigennem dels være med til at øge borgerens motivation, samt dels øge kommunens viden om borgerens muligheder og barrierer og dermed i højere grad målrette indsatsen til den enkelte.

Muligheden for at bevilge mentorstøtte er en af de enkeltfaktorer, de kommunale medarbejdere m.fl. i høj grad mener gør en forskel. Forskellen består både i at kunne tilbyde borgere med komplekse problemer en indsats, der bringer dem ud af isolation og passivitet, og at kunne understøtte andre tiltag, som borgerne ellers kan være i fare for at frafalde. Mentorstøtten er således blevet anvendt forholdsvis bredt til at udfylde opgaver, sagsbehandlere ikke selv har mulighed for at udfylde. Det drejer sig fx om træning i at benytte offentlige transportmidler eller komme på væresteder for psykisk sårbare borgere, støtte i at komme i behandling for misbrug eller møde op på uddannelsessted for borgere med en ustabil hverdag o.a. Dermed synes kommunernes brug af mentorstøtte at være i overensstemmelse med de formål, der er beskrevet i projektbeskrivelsen, og hænger i øvrigt godt sammen med intentionen i kontanthjælpsreformen, hvor mentorstøtte til målgruppen er central. Endvidere understøtter mentorordningerne, at tilgangen til borgeren bliver helhedsorienteret, idet flere aspekter af borgerens tilværelse kan inddrages i sagsbehandlingen på denne måde. Der skal dog fortløbende være en opmærksomhed på, at der hersker klarhed om, hvad formålet med mentorstøtten er (borgeren støttes i sin vej mod beskæftigelse).

Casekommuner, hvor mentor har deltaget i de tværfaglige møder, vurderer at mentors medvirken har bidraget til en gensidig forståelse for borgerens mål og samtidig givet mulighed for at

skabe kendskab og tillid mellem borger og mentor. Således kan det anbefales, at kommunerne i det fremadrettede arbejde med kontanthjælpsmodtagere og rehabiliteringsteam inddrager mentorer i fælles møder mellem kommunen og borgeren.

Kontanthjælpsmodtagere, der har samme karakteristika som deltagergruppen i *Brug for alle*, har mest gavn af en mentor, der er uddannet i at varetage borgere med diverse psykiske problematikker. Mentorerne skal dermed understøttes i varetagelsen af borgere med komplekse problemer. Det er også vigtigt, at mentorer til denne målgruppe har evnen til at være proaktiv støttende. Med det forstås, at mentoren støtter borgeren mere end at stille krav til borgerens eget ansvar, og mentorer kontakter selv borgeren i stedet for at vente på, at borgeren tager kontakt, da denne målgruppe i høj grad ikke selv er i stand til at tage kontakten og anvar. Med tiden kan det dog forventes, at borgeren selv tager mere ansvar ved hjælp af den rette mentorstøtte.

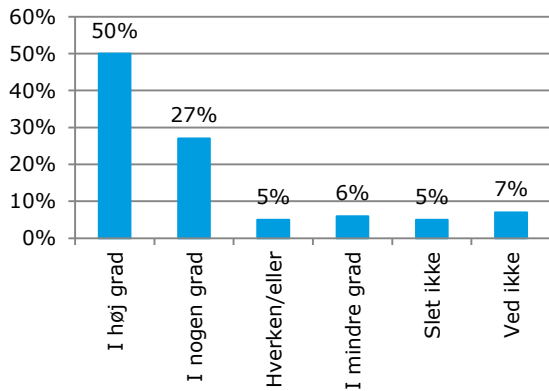
En anden væsentlig gevinst ved anvendelse af mentor til målgruppen er den dybere indsigt i borgerens sag, der opnås i forlængelse af mentorernes feedback til sagsbehandlerne. Casekommunerne fremhæver, at mentorer til borgere med komplekse problemer igennem en tæt ugentlig kontakt kan medvirke til at afdække borgernes barrierer såvel som få fokus på borgernes ressourcer. Ressourcefokuset og den tætte kontakt er centrale elementer i at styrke borgerens empowerment og dermed motivere borgere langt fra arbejdsmarkedet til job eller uddannelse.

### 5.3 Empowerment for borgere med komplekse problemer

Der er i initiativets intentioner sat fokus på borgerinddragelse både ved den indledende samtale og i mødet i det tværfaglige team, hvor kommunen i begge situationer har dialog med borgeren, og dermed mulighed for at motivere borgere til at formulere målsætninger og aktiviteter for egen sag og dermed øget empowerment for borgerne. Som beskrevet i kapitel 4 er der i 72 pct. af de udarbejdede indsatsplaner en form for beskæftigelsesmål om end de sjældent er særligt konkrete. Det er således i et vist omfang lykkedes at formulere job- og uddannelsesmål i fællesskab med borgerne.

Når man ser på graden af borgerinddragelse i formuleringen af job- og uddannelsesmål tegner der sig, ikke overraskende målgruppen taget i betragtning, et billede af en endog meget stor variation. Overordnet kan vi konstatere, at mange borgere har følt sig hørt og inddraget i processen i højere grad end i den ordinære indsats. Hvor de interviewede borgere generelt fremhævede frustration, da de fandt indsatsen overflødig eller uigennemskuelig, viser deltagersurveyen et langt mere positivt billede. I deltagersurveyen kan det konstateres, at størstedelen af borgerne føler sig hørt og taget alvorligt. Kun 11 pct. af borgerne oplever, at dette slet ikke eller kun i mindre grad var tilfældet.

**Figur 5-2: Blev du forstået og taget alvorligt under samtalen?**

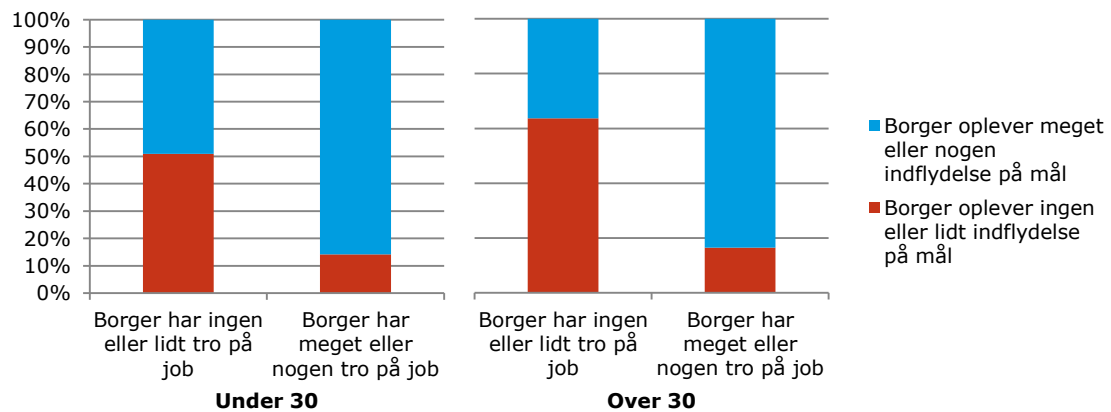


Kilde: Deltagersurvey, n=913

De borgere der giver udtryk for utilfredshed begrundet det oftest i, at de enten har oplevet indsatsen som "spild af tid", fx fordi teamet ikke kunne pege på mulige indsatser, der ikke allerede var igangsat, eller at der er blevet anbefalet indsatser, som ikke kan gennemføres. Andre gange har borgerne fundet det – i deres øjne ensidige – fokus på beskæftigelse frustrerende, når de ikke ser sig i stand til at arbejde pga. helbredsmæssige problemer. Det er ikke overraskende, at der er denne sammenhæng mellem borgernes utilfredshed og deres helbredsmæssige problemer.

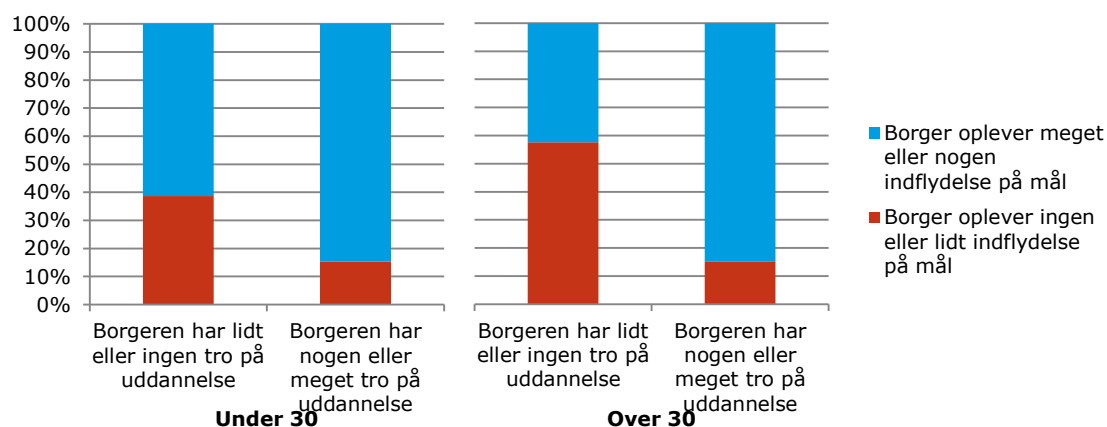
Tilsvarende er der en tydelig sammenhæng mellem borgernes vurdering af egne muligheder og oplevelsen af indflydelse. Som illustreret i figur 5-3 og figur 5-4 er der en klar tendens til, at de borgere der selv har tiltro til, at de kommer i job eller uddannelse i langt højere grad oplever, at de har indflydelse på målsætningerne. Samlet set er det omkring 60 pct. af borgerne der oplever ingen eller begrænset indflydelse på målene. Så selvom hovedparten føler sig inddraget og taget alvorligt, indikerer tallene, at der fortsat er en udfordring i forhold til at borgerne aktivt medvirker til at formulere målsætningerne. Det er dog samtidig væsentligt at fokusere på, at knap 40 pct. af borgere med komplekse problemstillinger – der ikke eller kun i begrænset omfang har tro på job – stadig oplever indflydelse på målsætning om job. Dette indikerer, at det også med komplekse problemstillinger er muligt at mobilisere borgeren og opnå en grad af borgerinddragelse.

**Figur 5-3: Sammenhæng mellem borgernes tro på job og egen indflydelse på målsætning**



Kilde: Deltagersurvey, (under 30 år, n=202), (over 30 år, n=711)

Figur 5-4: Sammenhæng mellem borgernes tro på uddannelse og egen indflydelse på målsætning



Kilde: Deltagersurvey, (under 30 år, n=202), (over 30 år, n=711)

Sammenhæng mellem tro på job og uddannelse og borgerens oplevelse af indflydelse på mål for job og uddannelse (opdelt på over og under 30 år)		Korrelationskoefficient	$\chi^2$ -test
<b>Under 30</b>	Tro på job	0,397	***
	Tro på uddannelse	0,263	***
<b>Over 30</b>	Tro på job	0,423	***
	Tro på uddannelse	0,314	***

Anm.:  $\chi^2$  test: \* $p < 0,1$ , \*\* $p < 0,05$ , \*\*\* $p < 0,01$

Kommunernes praksis for inddragelse af borgerne varierer betydeligt både i forhold til selve mødets afholdelse og i forhold til fastlæggelse af rammerne for mødet. I forhold til mødets afholdelse er der i den ene ende eksempler, hvor borgeren aktivt søges inddraget i drøftelsen og planlægningen af det videre forløb i sin sag, mens der i den anden ende er eksempler på, at borgeren tildeles en langt mere passiv rolle og i højere grad blot orienteres om beslutninger som kommunen træffer. Der er samtidig forskel på, i hvor høj grad man tager udgangspunkt i den enkelte borgers forudsætninger og fx sætte ekstra tid af til forberedelse med psykisk sårbare borgere, der er utrygge ved tanken om et tværfagligt møde.

I forhold til mødets rammer er der på den ene side eksempler på, at borgerne gives indflydelse på, hvem der skal deltage i mødet, hvornår mødet skal afholdes m.m., ligesom der er eksempler på, at kommunen i overvejende grad fastlægger mødets rammer.

Placeringen på de to akser kan være udtryk for forskellige strategier for borgerinddragelse, og forskellige opfattelser af, hvornår en borger er i stand til at blive inddraget og tage stilling til sin egen sag. Samtidig er der nogle kommuner, hvor praksis for borgerinddragelse i højere grad synes at være udtryk for hensyn til logistik, tidsfrister, ressourceforbrug mv. end for den faglige vurdering af, hvad det er hensigtsmæssig borgerinddragelse.

Det er vanskeligt at give en entydig anbefaling i forhold til borgerinddragelsen, da det bl.a. afhænger af den enkelte borger og de fysiske og kompetencemæssige rammer man har for indsatsen. Erfaringerne fra *Brug for alle* indikerer dog, at det først og fremmest er vigtigt, at borgeren deltager i mødet i det tværgående team. 61 pct. af sagsbehandlere anser således borgerens tilstedeværelse ved mødet som et af de mest centrale elementer ved mødet i det tværfaglige team, der har medført ændringer eller en ny tilgang til borgerens sag. Det kan derfor give god mening at prioritere ekstra ressourcer hertil, så borgeren føler sig tryk i situationen. De konkrete eksempler fra kommunerne omfatter eksempelvis, at borgeren kan få lov til at besøge lokalet, møde en eller flere af medlemmerne af teamet, tale igennem, hvad det er, vedkommende frygter

m.m. inden mødet. Det kan også være virkningsfuldt, at borgeren kan bede om en lille pause under mødet, hvis vedkommende har behov for det.

Der kan ligge en vigtig signalværdi i, at det ikke er "kommunen, der bestemmer det hele", men at borgeren også har indflydelse på rammerne. Det kan eksempelvis være mødetidspunkt eller muligheden for at vælge mellem flere typer medarbejdere til deltagelse i mødet – fx en psykiatrisk sygeplejerske eller en ergoterapeut. Samtidig kan det være uhensigtsmæssigt, hvis borgeren har mulighed for at vælge bestemte fagpersoner fra, eksempelvis nægte at have en misbrugs konsulent med til det tværfaglige møde, fordi vedkommende ikke vil erkende et misbrug.

Borgernes oplevelser synes at afspejle, at der er tale om en meget bred målgruppe. Derfor varierer oplevelserne med initiativet også en del. De negative opfattelser handler i høj grad om en oplevelse af, at 'systemet' ikke tager vedkommendes (oplevede eller reelle) helbredsudfordringer alvorligt; der er for mange et udpræget ønske om førtidspensionering eller mere diffust "at få fred". Omvendt ser vi også en del deltagere, der mener, at *Brug for alle* er et udtryk for, at systemet har forstået, at deres ledighedsproblemer er af en bred karakter, der ikke kan løses via jobcentret alene.

Overordnet set vurderer vi, at kommunerne har fået nye erfaringer med borgerinddragelse for en borgergruppe med flere og meget komplekse problemstillinger. Imidlertid er de vises sten ikke fundet i initiativet i forhold til borgernes empowerment. Der er kommet en øget borgerinddragelse, men det er kun i begrænset omfang lykkedes at få borgerne til selv at formulere deres ressourcer og ønsker og samtidig aktivere borgernes eget ansvar og aktier i egen sag.

## BILAG 1 EVALUERINGENS DATAGRUNDLAG

Evalueringen bygger på analyse af et samlet datamateriale, som består af en række datakilder:

- Data fra jobcentrenes registreringer via brugforalleindsats.dk
- Deltagersurvey blandt 913 borgere i 20 udvalgte kommuner.
- Casebesøg i fire kommuner i 1. kvartal 2013.
- Telefoninterview med otte kommuner i 1. kvartal 2013.
- Casebesøg i 11 kommuner i 2.-3. kvartal 2013.
- Analyse af 366 indsatsplaner fra ni kommuner.
- Sagsbehandlersurvey blandt 396 sagsbehandlere i 64 kommuner.

**Deltagersurveyen** blev gennemført i anden halvdel af projektperioden. Surveyen blev gennemført ved, at der til et udvalg af jobcentre blev udsendt en pakke med personlige invitationsbreve, som det var meningen, at sagsbehandlerne skulle udlevere til borgeren i forbindelse med først-kommende samtale. I det omfang borgeren havde behov for det, bad vi endvidere sagsbehandleren om at vejlede eller hjælpe borgeren med den praktiske udfyldelse af skemaet. I alt er der gennemført 932 besvarelser ud af 7.196 udsendte invitationer i 20 kommuner (herfra er fratrukket to udvalgte kommuner, som ikke ønskede at deltage, samt tre kommuner, hvor der aldrig blev gennemført nogen besvarelse). Svarprocent er således 13 pct., hvilket er utilfredsstillende. Besvarelserne fra deltagersurveyen skal således tolkes med varsomhed i forhold til deres repræsentativitet. Særligt må det, på baggrund af tilbagemeldinger fra sagsbehandlerne, forventes, at det primært er den svagere del af målgruppen, der ikke har svaret i undersøgelsen.

Første runde af den kvalitative indsamling blev gennemført i 1. kvartal 2013 som **telefoninterview** med tovholdere i otte kommuner, **casebesøg** i fire kommuner med interview med tovholder, ledere, sagsbehandlere, teammedlemmer og observationer af møder i det tværfaglige team i fire kommuner.

Anden runde af den kvalitative dataindsamling blev gennemført i 2. og 3. kvartal 2013 som **casebesøg** i 11 udvalgte kommuner. Casebesøgene bestod af interview med tovholdere, teammedlemmer, sagsbehandlere, samarbejdspartnere, fx repræsentanter fra social- eller sundhedsområdet, samt mentorer, interview med borgere samt observationer af møder i det tværfaglige team.

I forbindelse med casebesøg er der gennemført interviews med deltagende borgere, sagsbehandlere, medlemmer af de tværfaglige team og ledere fra jobcentre og samarbejdspartnere. I enkelte af casebesøgene er der endvidere gennemført observation af møder i det tværfaglige team.

Analyse af **indsatsplaner** blev gennemført ved at indhente et udvalg af indsatsplaner fra tovholderne i udvalgte kommuner. Rambøll har gennemgået de indsamlede indsatsplaner og kodet indholdet i forhold til en række parametre, herunder forekomst af job- og uddannelsesmål, bor-



gerens problemer og plan for iværksættelse af aktiviteter. I alt er der foretaget gennemgang og kodning af 366 indsatsplaner.

**Sagbehandlersurvey** er gennemført i udvalgte kommuner ved at indhente kontaktoplysninger via regionerne og/eller tovholdere. Surveyen blev udsendt til 720 sagsbehandlere i 68 kommuner – 56 respondenter er frafaldet, fordi de falder uden for målgruppen, fx at de ikke havde borgere, der nåede at indgå i indsatsen eller at respondenter har været sygemeldt eller under uddannelse i undersøgelsesperioden. Nettostikprøve er således 664. Modtaget 396 besvarelser, svarprocent = 60 pct.

Nedenstående tabel viser, hvilke kommuner der har medvirket til hvilke datakilder.

**Bilagstabel 1: Datakilde fordelt på kommuneniveau**

Kommuner	Deltager-survey	Casebesøg 1. kvartal 2013	Telefon-interview	Casebesøg 2.-3. kvartal 2013	Indsats-planer	Sagsbehand-lersurvey
Albertslund				X	X	X
Allerød						
Assens				X		X
Ballerup						X
Billund						X
Bornholm						X
Brøndby			X			X
Brønderslev	X					X
Egedal						X
Esbjerg/Fanø	X					X
Favrskov						X
Faxe						
Fredericia	X					X
Frederiksberg	X					
Frederiks-havn/Læsø				X	X	X
Frederikssund			X			
Furesø						X
Faaborg-Midtfyn			X			X
Gentofte	X					X
Gladsaxe						X
Glostrup						X
Greve						
Gribskov						X
Guldborgsund						X
Haderslev						
Halsnæs						
Hedensted				X	X	X
Helsingør						X
Herlev						X
Herning		X				
Hillerød	X					
Hjørring						X
Holbæk	X					X
Horsens	X					X
Hvidovre		X				X
Høje-Taastrup				X	X	
Hørsholm						X
Ikast-Brande						
Jammerbugt						
Kalundborg	X					X
Kerteminde						
Kolding				X	X	X
København				X	X	X

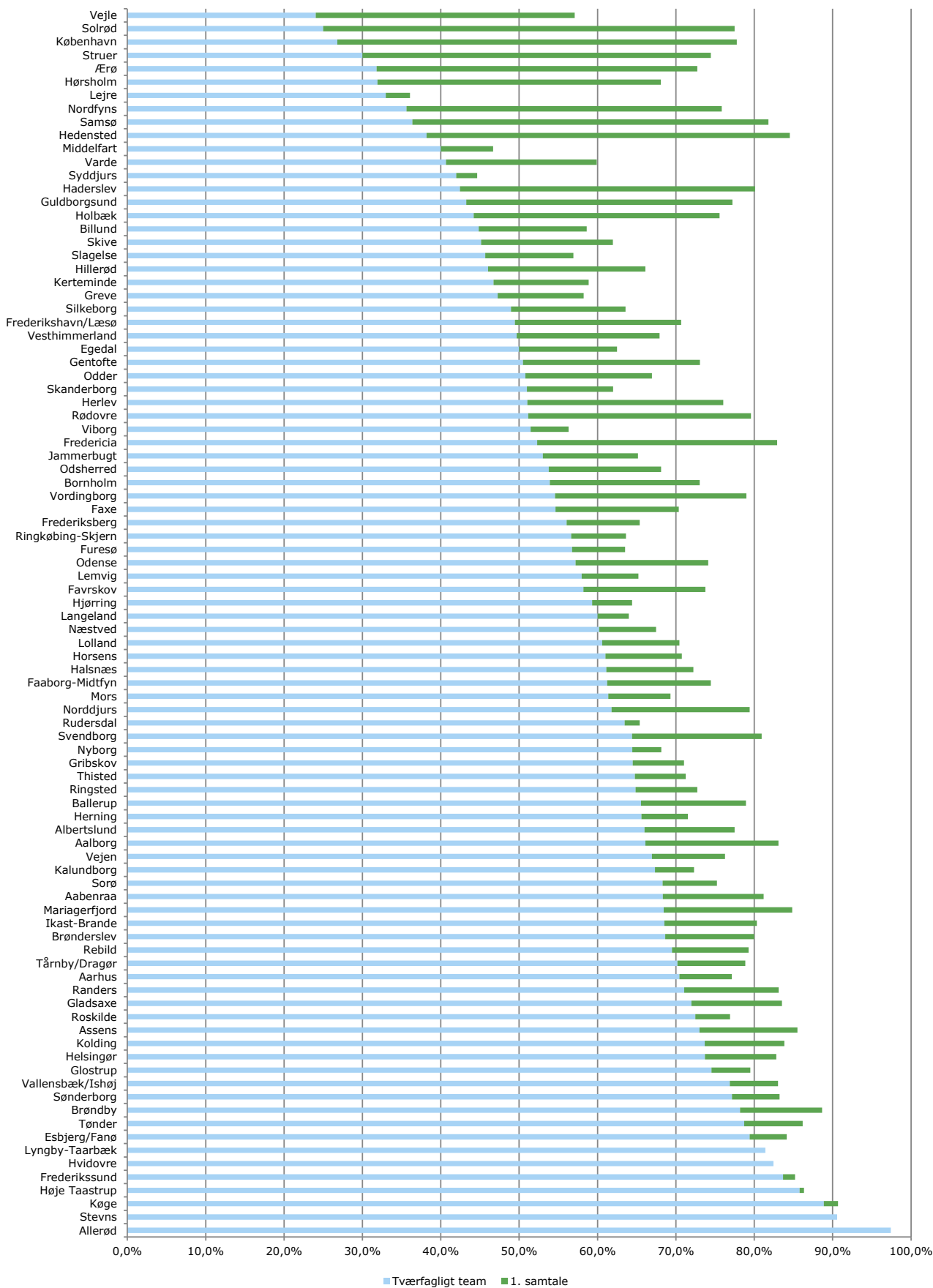
Kommuner	Deltager-survey	Casebesøg 1. kvartal 2013	Telefon-interview	Casebesøg 2.-3. kvartal 2013	Indsats-planer	Sagsbehand-lersurvey
Køge			X			X
Langeland						
Lejre	X					X
Lemvig						X
Lolland	X					
Lyngby-Taarbæk						X
Mariagerfjord	X					
Middelfart						X
Mors						
Norddjurs				X	X	
Nordfyns						
Nyborg		X				X
Næstved	X					X
Odder						X
Odense	X					X
Odsherred						X
Randers			X			
Rebild			X			X
Ringkøbing-Skjern	X					X
Ringsted						X
Roskilde			X			X
Rudersdal						X
Rødovre	X					X
Samsø						
Silkeborg	X					
Skanderborg						X
Skive						X
Slagelse				X	X	X
Solrød						X
Sorø						X
Stevns						X
Struer						X
Svendborg						X
Syddjurs						
Sønderborg	X					X
Thisted	X					X
Tønder						X
Tårnby/Dragør	X					X
Vallensbæk/Ishøj						X
Varde						
Vejen				X		X
Vejle						X
Vesthimmerland						X
Viborg						X
Vordingborg						
Ærø						
Aabenraa			X			X
Aalborg		X				X
Aarhus				X	X	X

## **BILAG 2**

### **KOMMUNERNES GENNEMFØRELSESPROCENTER**

I bilagsfigur 1 er kommunernes gennemførelsesprocenter angivet, jf. registreringerne i brugforalleindsats.dk. De blå søjler viser andelen af bruttomålgruppen, som har registreret samtale såvel som møde i tværfagligt team. De grønne søjler viser andelen, som har haft indledende samtale, men ikke møde i tværfagligt team.

Bilagsfigur 1: Kommunernes gennemførelsesprocent



## BILAG 3 DELTAGERCASES

Bilaget indeholder udvalgte deltagercases blandt de observationer af møder i de tværfaglige team, som Rambøll har gennemført i fem kommuner. Casen består af overordnede karakteristika for borgeren, og hvilke udfordringer der er baggrunden for borgerens situation. Desuden oplystes, hvilke fagpersoner der deltager i mødet, og hvordan Rambøll oplever mødet gennemført. Herefter er det tværfaglige teams anbefalinger oplyst, som dækker vidt fra engangsydelser, sociale ydelser, sundhedstilbud og til beskæftigelsesrettede aktiviteter.

**Bilagstabel 2: Cases om deltagere under 30 år**

Deltagercase 1	
<b>Køn</b>	Mand
<b>Alder</b>	20'erne
<b>Udfordringer</b>	(opereret i foråret 2012)
<b>Profiler, team-medlemmer</b>	Faste repræsentanter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afdelingsleder, kontanthjælp</li> <li>• Medarbejder fra socialområder, normalt er området repræsenteret af socialchefen, men denne var sygemeldt på dagen</li> <li>• Leder af genoptræningsenhed</li> <li>• Faglig koordinator.</li> </ul>
<b>Mødeforløb</b>	Borger meget aktiv: Præsenterer selv sin sag, har besluttet sig for relevant uddannelse og har sat sig ind i, hvilke krav til niveau i div. fag uddannelsen stiller, samt hvordan disse krav kan honoreres.
<b>Anbefalinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gennemfør supplerende fag på <b>ungdomsuddannelse</b></li> <li>• Gennemfør <b>ordinær uddannelse</b> til kontorassistent</li> <li>• Fortsæt <b>genoptræning</b></li> </ul> Teamet forsikrer borgeren om, at der umiddelbart efter mødet bliver bevilling til at følge supplerende fag, som borgeren har undersøgt. De restende anbefalinger vedrører borgerens eget initiativ og ansvar.
<b>Evt. bemærkninger</b>	Borger er uddannet til fag, han ikke længere kan passe grundet ovennævnte hofte-dysplasi. Borger efter alt at dømme fejlmatchet som matchgruppe 3 grundet kontanthjælp 01.04.12 som følge af hofteoperation. Burde sandsynligvis have været friholdt samt matchet som matchgruppe 1, hvilket teammedlemmer også bemærker efterfølgende.

Deltagercase 2	
<b>Køn</b>	Kvinde
<b>Alder</b>	20'erne
<b>Udfordringer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har modtaget kontanthjælp stort set siden 18. år</li> <li>• Lavt selvværd</li> <li>• Tidligere lettere social angst, depression, i bedring, men stadig skrøbelig</li> <li>• Er pt. i virksomhedspraktik som udløber, men vil meget gerne fortsætte</li> </ul>
<b>Profiler, teammedlemmer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teamleder beskæftigelse</li> <li>• Medarbejder fra projektenhed</li> <li>• Koordinator fra voksenenheden (socialforvaltning)</li> </ul>

Deltagercase 2	
<b>Mødeforløb</b>	Beskæftigelse er mødeleder, hver deltager i team melder sig på banen efter tur. Der opstår hurtigt konsensus om, at borger er på rette spor, og at det skal sikres, at der er en ny praktikplads tilgængelig, når den nuværende udløber. Der opstår en del diskussion om uddannelse, som borgeren er meget usikker overfor, men som pointeres af teamet som vigtigt. Borgeren pointerer, at hun bare gerne vil arbejde og helst ikke vil i skole igen
<b>Anbefalinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det sikres, at borger kan få en ny <b>virksomhedspraktik</b> indenfor butiksområdet</li> <li>• Borgeren overvejer muligheden for at tage <b>uddannelse</b> eller finde læreplads</li> </ul>
<b>Evt. bemærkninger</b>	Sagsbehandleren gør inden mødet opmærksom på, at borgeren har gjort meget store fremskridt i det seneste år og har fået bedre styr på sit liv. Borgeren fremstår generelt sympatisk og motiveret, men noget usikker. Spørgsmål om borgeren ikke reelt burde være matchgruppe 2. Mødet resulterer ikke i nogen ændringer i borgerens plan ud over diskussionen af uddannelse, som borgeren er afvisende overfor.

Deltagercase 3	
<b>Køn</b>	Mand
<b>Alder, ca.</b>	20'erne
<b>Udfordringer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posttraumatisk stress syndrom/krigstraumer</li> <li>• Psykiatrisk behandling, tidligere indlagt m. paranoia/psykoser</li> <li>• Svær angst</li> <li>• Begrænsede danskundskaber</li> </ul>
<b>Profiler, team-medlemmer</b>	Fast kernerepræsentanter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbejder, beskæftigelsesområdet</li> <li>• Medarbejder, socialområde</li> </ul> Ad hoc: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykolog</li> </ul> Andre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolk – inddraget sproglige vanskeligheder</li> </ul>
<b>Mødeforløb</b>	Teamrepræsentanter byder i nogen grad ind på hinandens områder. Ingen fast 'talerække'. Sundhed og social byder en smule mere ind end medarbejder fra beskæftigelse. Borger svarer udelukkende i korte sætninger/enstavelsesord og byder ikke selv ind. Borger giver, når adspurgt, udtryk for stort ønske om 'almindeligt arbejde' og generelt 'almindeligt liv'.
<b>Anbefalinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsæt <b>psykiatrisk behandling</b>.</li> <li>• Fortsæt <b>danskundervisning</b> på voksenuddannelse i nuværende omfang.</li> <li>• <b>Mentor/hjemmevejleder</b> til borger, evt. først når egen bolig (borger bor hos bror og svigerinde, men er skrevet på venteliste til lejlighed).</li> </ul>
<b>Evt. bemærkninger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jobcenter har ikke kunnet få klarlagt, i hvilket omfang borger har modtaget grundskoleundervisning eller har arbejdet i tidligere hjemland.</li> <li>• Borger fremstår svært utilpas (rystende/på kanten af gråd) under møde.</li> </ul>

Deltagercase 4	
<b>Køn</b>	Mand
<b>Alder</b>	Slut 20'erne/start 30'erne
<b>Udfordringer</b>	Svær social angst Depression
<b>Profiler, teammedlemmer</b>	Faste repræsentanter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afdelingsleder, kontanthjælp</li> <li>• Medarbejder fra socialområder, normalt er området repræsenteret af socialchefen, men denne var sygemeldt på dagen</li> <li>• Leder af genoptræningsenhed</li> <li>• Faglig koordinator.</li> </ul>
<b>Mødeforløb</b>	Beskæftigelse er mødeleder, samler op undervejs. Både beskæftigelse og social drøfter sociale anbefalinger, som muligheden for at komme på socialt værested. Sundhed holder sig til eget område.

Deltagercase 4	
<b>Anbefalinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hjemmevejlederordning</b> fortsættes</li> <li>• <b>Motion</b> – hjemmevejleder sørger for, at borger får cyklet</li> <li>• Det undersøges, om borgeren kan få <b>tilskud</b> til ny cykel</li> <li>• Når borgers forløb i distriktpsychiatrien er afsluttet, begynder borger på VUC el. lign <b>uddannelsesforløb</b>.</li> </ul>
<b>Evt. bemærkninger</b>	Distriktpsychiatrien har vurderet, at borgers nuværende arbejdsevne er ikke eksisterende. Borger har uddannelse og arbejdserfaring.

### Bilagstabel 3: Cases om deltagere over 30 år

Deltagercase 5	
<b>Køn</b>	Mand
<b>Alder</b>	40'erne/50'erne
<b>Udfordringer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hashmisbrug sideløbende m. langvarig metadonbehandling (20+ år)</li> <li>• Problemer m. ryg, smerter</li> </ul>
<b>Profiler, teammedlemmer</b>	Faste repræsentanter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbejder, beskæftigelse</li> <li>• Medarbejder, social</li> <li>• Fysioterapeut</li> </ul>
<b>Mødeforløb</b>	Fysioterapeut nedtoner rygproblematik – alm. for den aldersgruppe, og vurderes ikke at være en hindring for aktivt tilbud. Borgers problem m. bivirkninger af langvarig metadonbehandling (udpræget træthed) samt sideløbende hashmisbrug, og dets indvirkning på beskæftigelsesperspektiv (svært ved at møde tidligt/stabilt) drøftes. Borgers beskæftigelseserfaring og -ønsker drøftes. Teammedlemmer byder i nogen grad ind på hinandens områder.
<b>Anbefalinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fleksibel <b>virksomhedspraktik</b> i Vej- og parkafdeling</li> <li>• Gennemgang af <b>misbrugsbehandling</b></li> </ul>
<b>Evt. bemærkninger</b>	Borger er ikke til stede, udeblevet for tredje gang. Borgers ægtefælle modtager FØP, derfor enes team om, at borger kan sanktioneres økonomisk ved fremtidig udeblivelse fra aktiveringsforløb, uden at risikere alvorlige konsekvenser som manglende evne til at betale husleje. Det besluttes at holde endnu et møde med borger på misbrugscenter, hvor borger er nødt til at komme for at hente metadon.

Deltagercase 6	
<b>Køn</b>	Mand
<b>Alder</b>	50'erne
<b>Udfordringer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Svær gigt</li> <li>• Eksplicit efterspørgsel efter FØP → manglende motivation for beskæftigelsesrettede forløb</li> <li>• Selvmordstruet</li> <li>• Dårligt syn</li> <li>• Dårlige tænder</li> <li>• Mindre, ikke livstruende kræfttilstand, ikke under behandling</li> </ul>
<b>Profiler, teammedlemmer</b>	Faste kernerepræsentanter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbejder, beskæftigelse</li> <li>• Medarbejder, social</li> </ul> Ad hoc repræsentant: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Læge.</li> </ul>
<b>Mødeforløb</b>	Social og beskæftigelse byder begge ind med anbefalinger på det socialfaglige område. Beskæftigelsesrettede anbefalinger drøftes kun i begrænset omfang, og først efter borgeren selv bringer arbejdsmarkedserfaring på banen. Beskæftigelse og social fore-slår mange forskellige tilbud på det sociale område. Læge afklarer sundhedstilstand og borgerens behandling. Anvendelse af timeout. Læge er særlig medvirkende til at begrænse tendens til, at borgeren skal have en masse støtteforanstaltninger, og fremhæver borgerens ansvar for eget liv.

<b>Anbefalinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Økonomisk tilskud</b> til briller, seng og medicin.</li> <li>• Undersøgelse af evt. <b>hjemmehjælp</b> til vask af tøj.</li> <li>• Borgeren skal indhente <b>helbredsattest</b> hos egen læge.</li> </ul>
<b>Evt. bemærkninger</b>	Borgers motivation for beskæftigelse er udtalt ringe. Borger har tidligere søgt førtidspension, men blev afslået. Borgers sagsbehandler vurderer, at der efter mødet bør søges om førtidspension igen, hvorfor teamet anbefaler borgeren at få udarbejdet en ny helbredsattest.

### Deltagercase 7

<b>Køn</b>	Mand
<b>Alder, ca.</b>	50'erne
<b>Udfordringer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Knoglekræft (behandlet)</li> <li>• Hjemløshed (har en sofa at overnatte på)</li> <li>• Begrænsede danskundskaber</li> <li>• Ryglidelse; permanente smerter, der forværres af borgers ustabile boligsituation (er nødt til at 'gå rundt' i dagtimerne)</li> </ul>
<b>Profiler, teammedlemmer</b>	<p>Faste repræsentanter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afdelingsleder, kontanthjælp</li> <li>• Medarbejder fra socialområder, normalt er området repræsenteret af socialchefen, men denne var sygemeldt på dagen.</li> <li>• Leder af genoptræningsenhed</li> <li>• Faglig koordinator</li> </ul> <p>Andre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolk – inddraget grundet de sproglige vanskeligheder</li> </ul>
<b>Mødeforløb</b>	<p>Beskæftigelse er mødeleder.</p> <p>Beskæftigelse samt sundhed byder mest ind.</p> <p>Der holdes fokus på beskæftigelse.</p> <p>Mødeleder ridser op hver gang nyt aspekt har været vent.</p> <p>Disciplin i 'talerække', hvert medlem holder sig hovedsageligt til eget område.</p>
<b>Anbefalinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilisering af boligsituation, socialområdet undersøger mulighed for at hurtigere sagsbehandling af <b>bostøtte</b> og <b>henvisning til bolig</b></li> <li>• <b>Genoptræning</b> af ryg</li> <li>• <b>Danskundervisning</b></li> <li>• <b>Virksomhedspraktik</b></li> </ul> <p>Anbefalingerne skal igangsættes serielt, og det vurderes, at der er en længere periode før borgeren kan påbegynde genoptræningen af ryggen.</p>
<b>Evt. bemærkninger</b>	Faglig koordinator omskriver anbefalinger til indsatsplan under møde. Teammedlemmer er ledere, og kan derfor træffe endelig beslutning om bevilling ved møde.

### Deltagercase 8

<b>Køn</b>	Mand
<b>Alder</b>	50'erne
<b>Udfordringer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprog</li> <li>• Diffuse muskelskellellet problematikker</li> <li>• Diffuse psykiske problemstilling (efter PTSD, men borgeren vil ikke anerkende problematikkerne)</li> </ul>
<b>Profiler, teammedlemmer</b>	<p>Faste kernerepræsentanter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbejder, beskæftigelse</li> <li>• Medarbejder, social</li> <li>• Medarbejder, sundhed</li> </ul> <p>Andre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolk</li> </ul>
<b>Mødeforløb</b>	<p>Meget struktureret mødeforløb, hvor mødeleder ridser sagen op. Forsøger at inddrage borgeren til dialog, hvilken borgeren dog afviser "se i mine papirer – jeg vil ikke sige mere". Mødedeltagere prøver gentagne gange via anerkendende tilgang at få borgeren i dialog om mestringsevner, motivation og ressourcer, men mødes kun af afvisninger.</p> <p>Mødet bliver desuden gentagne gange afbrudt af borgeren der er urolig, vandrer rundt i rummet og generelt giver udtryk for, at han ingen interesse har i at være dér og ønsker at mødet skal afsluttes.</p> <p>Efter mødet drøfter mødedeltagerne processen og hvilke input der er afgørende at beskæftigelsesrådgiver modtager om den fremadrettede dialog med borgeren.</p>



<b>Anbefalinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ingen.</b> Teamet ønskede at give en henvisning til integrationscenter, hvor der er psykologer og fysioterapeuter, hvilket de vurderede relevant, men borgeren afviste at dukke op til en visitationssamtale trods lovning om befordring fra dør til dør.</li> </ul>
<b>Evt. bemærkninger</b>	Borgers motivation for beskæftigelse er udtalt ringe. Borger modtager hjemmehjælp grundet muskelskellet problematikker. Borger har tidligere søgt førtidspension, men blev afslået. Borgerens sagsbehandler vurderer, at der efter mødet bør søges om førtidspension igen, hvorfor teamet anbefaler borgeren at få udarbejdet en ny helbredsattest.

Deltagercase 9	
<b>Køn</b>	Kvinde
<b>Alder</b>	50'erne
<b>Udfordringer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Misbrugsproblemer</li> <li>• Psykiske problemer (depression)</li> <li>• Fysiske problemer (fibromyalgi, blodtryk, stofskifte)</li> <li>• Kronisk lidelse (diabetes)</li> </ul>
<b>Profiler, teammedlemmer</b>	Faste kernerepræsentanter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbejder, beskæftigelse</li> <li>• Medarbejder, social</li> <li>• Medarbejder, sundhed</li> </ul>
<b>Mødeforløb</b>	Borgeren dukker ikke op, og da det er 9. gang borgeren sygemelder sig inden for 1. halvår 2013, gennemføres mødet uden borgeren. Teammedlemmerne drøfter borgerens sag, og medarbejderen fra beskæftigelse tager efterfølgende telefonisk kontakt til borgeren.
<b>Anbefalinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Misbrugsbehandling.</b> Der er pt. stop for optag grundet manglende pladser, men da borgeren tidligere har været i behandling vurderes det, at borgeren skal kontakte misbrugsbehandlingsstedet for mulighed for fornyet/genoptaget behandling.</li> <li>• Drøftelse om mulighed for <b>virksomhedspraktik</b> i et køkken. Borgeren har hygiejnebevis, og har tidligere vist ressourcer og interesse for området.</li> </ul>
<b>Evt. bemærkninger</b>	Medarbejder fra socialforvaltning kontakter børn og ungeforvaltning vedr. hjemmeboende barn grundet borgerens tilbagefald i misbrug.

Deltagercase 10	
<b>Køn</b>	Mand
<b>Alder</b>	40'erne
<b>Udfordringer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hjemløs</li> <li>• Ingen uddannelse eller erhvervserfaring</li> <li>• Begrænset netværk</li> <li>• Fysiske problemer (ben og ryg, hvorfor borgeren har en handicapscooter, der er bevilliget af kommunen)</li> </ul>
<b>Profiler, teammedlemmer</b>	Faste kernerepræsentanter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medarbejder, beskæftigelse</li> <li>• Medarbejder, social</li> <li>• Medarbejder, sundhed</li> </ul> Andre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Borgerens støttekontaktperson</li> </ul>
<b>Mødeforløb</b>	Borgerens sag er ikke særligt godt belyst, og der er mange tvivlsspørgsmål inden mødet. Borgerens støttekontaktperson fungerer i høj grad som borgerens bisidder, hvor denne afviser enkelte anbefalinger, men skaber samtidig klarhed over borgerens sag. Medarbejderne fra social og beskæftigelse er meget aktive under mødet, mens der kun i begrænset omfang er input fra sundhedsområdet.
<b>Anbefalinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Borgeren skal indhente <b>helbredsattest</b> hos egen læge, da det er mangelfuldt hvad der ligger på sagen.</li> <li>• Beder støttekontaktpersoner om at se nærmere på mulighederne hos <b>hjemløseenheden</b>, herunder at søge om midler til et nyt batteri til handicapscooter.</li> <li>• Evt. se på muligheden for at borgeren kommer i <b>praktik</b> i cykelværksted, som borgeren selv fremhæver som en mulighed. Cykelværkstedet er et kommunalt aktivitetstilbud.</li> </ul>

<b>Evt. bemærkninger</b>	Borgeren har været anbragt på børnehjem siden en tidlig alder, og har aldrig gennemført en grunduddannelse. Efter myndiggørelse har borgeren skiftevis været i fængsel eller boet på gaden, og har aldrig fået erhvervs erfaring. Borgeren har aldrig tidligere deltaget i aktivering. Har tidligere søgt om førtidspension i 2004 og 2009, og har i den forbindelse løjet om et omfattende kokainmisbrug.
--------------------------	---

<b>Deltagercase 11</b>	
<b>Køn</b>	Kvinde
<b>Alder</b>	Slut 50'erne
<b>Udfordringer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprog: Begrænsede dansk kundskaber</li> <li>• Netværk: Begrænset netværk – ensomhed + isolation</li> <li>• Fysiske barrierer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronisk hovedpine og migræne</li> <li>• Besvimelsesanfald - bivirkning v. psykofarmaka</li> <li>• Kronisk, smertefuld ryglidelse – forsøgt opereret uden succes. Yderlige operationsforsøg frarådet. Smerteklinik meddelt, at lidelsen er af en sådan karakter (kompleksitet og omfang), at der ikke forefindes genoptræningsmuligheder</li> <li>• Mén efter fejloperation af brækket/forstuvet fod ca. ti år tidligere - kroniske smerter + hævelser</li> <li>• Gangbesværet - visiteret til rollator af kommunen</li> <li>• Svær overvægt</li> </ul> </li> <li>• Psykiske barrierer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dystymi ('kronisk forstemthedstilstand') – depressionslignende tilstand. Mistanke om egentlig depression. Lejlighedsvis selvmordstanker</li> <li>• Posttraumatisk stressbelastning efter fængsling + tortur</li> <li>• Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse (barn slået ihjel)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Profiler, teammedlemmer</b>	Faste kernerepræsentanter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sagsbehandler, beskæftigelses- og integrationsforvaltning</li> <li>• Sagsbehandler, socialforvaltning</li> <li>• Sygeplejerske, sundhedsforvaltning</li> </ul> Ad hoc: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolk</li> </ul>
<b>Mødeforløb</b>	Mødeleder (social) byder velkommen, repræsentanterne præsenterer sig selv. Indledningsvis spørger beskæftigelsesrepræsentant ind til, om borgeren kan huske det forberedende skema (det kan borger ikke). Helbredsproblematikker (fysiske) bringes op som det første – afklaring af tvivlsspørgsmål herom. Derefter drøftes især behandlingen af borgerens øvrige helbredsudfordringer, borgerens evne til at klare dagligdags gøremål/behov for hjemmehjælp og borgerens hverdag generelt. Repræsentanter byder ind skiftevis uden egentlig talerække, men holder 'fagdisciplin'. Sundheds- og socialrepræsentant byder en del mere ind en beskæftigelsesrepræsentant. Teamet inddrager borgeren i drøftelserne.
<b>Anbefalinger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Såkaldt Basis- og kombinationsforløb mhp. <b>afklaring af helbredstilstand</b> og fremtidig beskæftigelses-/forsørgelsessituation.</li> <li>• Social- og beskæftigelsesrepræsentant drøfter kort internt (dette tolkes ikke), om borger bør <b>indstilles til FØP</b>.</li> <li>• Visitation til <b>hjemmehjælp</b> ift. rengøring.</li> </ul>
<b>Evt. bemærkninger</b>	Borgers ægtefælle står grundet hendes helbred for al rengøring mv., på trods af dobbelt diskusprolaps. Borger giver udtryk for, at hans frustration over denne situation slider på deres forhold. Borger har, ind til ægtefælle gik på pension, været medhjælper i dennes forretning.