

ISHØJ-PROJEKTET

Et pilot-studie

*Kan en regionalt funderet tværfaglig indsats
ved en socialmedicinsk enhed
lede til bedre og hurtigere beskæftigelsesmæssig afklaring
af aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere?*



Ishøj Kommune



**Frederiksberg
Hospital**

INDHOLDSFORTEGNELSE

DEL 1: INTRODUKTION	.
1. FORORD	5
2. RESUMÉ	6
3. BAGGRUND	7
3.1 SAMFUNDSMÆSSIG KONTEKST	7
3.3 RATIONALE FOR STUDIET	9
4. FORMÅL, MÅLGRUPPE OG EFFEKT MÅL	10
4.1 FORMÅL	10
4.2 MÅLGRUPPE, INKLUSION OG POWER	10
4.3 EFFEKT MÅL	11
5. ETISKE OVERVEJELSER	13
5.1 INFORMATION OG SAMTYKKE	13
5.2 DATAOPBEVARING	13
5.3 ANMELDELSE OG GODKENDELSER	13
6. MATERIALE	14
6.1 INKLUSION	14
6.2 METODOLOGISKE OVERVEJELSER	15
1. TEORETISK TILGANG	19
2. PRAKTISKE RAMMER	20
2.1 FAGLIGHEDER	20
2.2 PRAKTISKE RAMMER	20
2.3 ARBEJDSFORDELING, ANSVARSOMRÅDER OG SAMARBEJDE	21
3. METODE	21
3.1 BESKRIVELSE AF INDSATSEN	21
3.2 EKSEMPLER	25
1. METODE	28
1.1 DATAINDSAMLING	28
1.2 DATAANALYSE OG STATISTISKE METODER	28
2. RESULTATER	28
2.1 DEMOGRAFI	28
2.2 BESKÆFTIGELSESSTATUS	29
2.3 SPØRGESKEMADATA	31
5.4 DISKUSSION	32
1.0 METODE	35
1.1 BAGGRUND FOR DEN KVALITATIVE DEL	35
1.2 FORMÅL OG KVALITATIV METODE	35
1.2 DATAINDSAMLING	37

1.3 ANALYSE.....	37
1.4 METODOLOGISKE OVERVEJELSER.....	40
1.5 DATAHÅNDBLING OG ETIK.....	40
2.0 RESULTATER.....	41
2.1 DEMOGRAFI.....	41
2.2 INTERVIEWS.....	41
3.0 DISKUSSION, KONKLUSION OG ANBEFALINGER.....	57
3.1 DISKUSSION AF METODE.....	57
3.2 KONKLUSIONER.....	57
3.3 ANBEFALINGER.....	59
4.0 BILAGSFORTEGNELSE.....	60
<i>ISHØJ-PROJEKTET.....</i>	<i>61</i>
1. METODE.....	62
2.1 FORMÅL OG FORM.....	62
2.2 DELTAGERE.....	62
2.0 RESULTATER.....	62
2.1 KVANTITATIV VURDERING.....	62
2.2 ERFARINGSOPSAMLING IFT. INDSATSEN FRA SAGSBEHANDLERE OG PROJEKTMEDARBEJDERNE.....	64
2.3 PROJEKTMEDARBEJDERNES OVERVEJELSER OM EFFEKT IFT. ARKETYPER OG MÅLGRUPPE.....	65
3.0 DISKUSSION.....	66
3.1 KVANTITATIV VURDERING.....	66
3.2 EVALUERING AF INDSATS FRA SAGSBEHANDLERE OG PROJEKTMEDARBEJDERE.....	67
3.3 ARKETYPER OG MÅLGRUPPE.....	67
1.0 KONKLUSIONER.....	69
1.1 HOVEDFUND.....	69
1.2 DISKUSSION AF MULIGE ÅRSAGER TIL INDSATSENS EFFEKT.....	70
1.3 UDFORDRINGER, BARRIERER OG FORBEHOLD IFT. INDSATSEN.....	71
2.0 ANBEFALINGER OG IDEER.....	72
2.1 I FORHOLD TIL FORSKNINGSPROJEKT.....	72
2.2 I FORHOLD TIL INDSATSEN.....	73
3. PERSPEKTIVERING.....	74
1.0 LITTERATURLISTE.....	76
2.0 BILAG.....	78
2.1 SPØRGESKEMAER.....	78
2.2 SAMLEDE SPØRGESKEMADATA.....	95
2.3 BILAG TIL DEN KVALITATIVE DEL.....	121

DEL 1: INTRODUKTION

Ishøj-projektet: Et pilot-studie

September 2019
Martine Aabye

1. Forord

Forord fra Ole Bjørstorp:

Ishøj Kommune har landets højeste ledighed, og en stor andel af vores borgere på kontanthjælp har komplekse problemer, som rækker ud over ledighed. Det er afgørende, at vi tager hånd om vores borgere og hjælper dem bedst muligt hen imod beskæftigelse og bedre livskvalitet.

Ishøj Kommune og Socialmedicinsk Center har i flere år haft et tæt samarbejde og fik i den forbindelse den idé, at vi - ved at lægge kræfterne sammen - kunne hjælpe borgere på kontanthjælp bedre, end vi kan i dag. Erfaringer fra Ishøjs pilotprojekt med Socialmedicinsk Center viser, at nogle af kontanthjælpsmodtagerne kan bringes til afklaring og dermed ud af kontanthjælpsystemet, hvis borgerens problematik i tilstrækkeligt omfang kortlægges og forstås - kombineret med, at der samtidig igangsættes relevant og virksomme afklaringer og aktiviteter.

Socialmedicinsk Center har i en afgrænset periode stået for den komplicerede afklaring af en gruppe borgere på kontanthjælp og sikret, at de nødvendige initiativer blev sat i gang samtidig med, at borgeren fik intens støtte, hvorefter sagen efter 3-6 måneder skulle overgå til jobcenteret. Det har været inspirerende at følge med i forløbet og høre borgernes og sagsbehandlernes positive tilbagemeldinger på indsatsen. Borgerne føler sig hørt, set og taget hånd om i det offentlige beskæftigelses- og sundhedssystem. Det er med til at øge livskvaliteten for den enkelte borger, forenkle sagsbehandlingen og øge beskæftigelsen – og det er godt for kommunens økonomi.

Ishøj Kommune har nu fokus på at opskalere projektet i et tværkommunalt samarbejde med Socialmedicinsk Center.

Ole Bjørstorp
Borgmester, Ishøj Kommune

Forord fra Sven Viskum

En del af de borgere, der er på kontanthjælp, har meget komplekse problematikker, som ofte kun kan udredes og forstås i tilstrækkeligt omfang, hvis de håndteres af stærke tværfaglige teams med sundhedsfaglig viden indenfor det lægelige, fysioterapeutiske og psykologiske område, kombineret med stærke socialfaglige og handlingsrettede kompetencer. Sådant et team findes bl.a. på Socialmedicinsk Center, der har den store fordel, at vi kan trække på stærke sundhedsfaglige kompetencer indenfor sundhedsvæsenet kombineret med et beskæftigelsesrettet sigte. Samtidig er det oplagt, at en socialmedicinsk afdeling ikke har eller skal have myndigheden til at træffe afgørelse i disse sager eller har ressourcerne til hjælpe disse borgere i hele deres ledighedsperiode. Denne opgave og sagsbehandling skal fortsat ligge i kommunerne.

Det gode samarbejde mellem kommunerne og regionen er afgørende, hvis den enkelte borger skal i centrum og støttes bedst muligt. Det er grundideen i pilotforsøget "Ishøj projektet". Projektet der afrapporteres her, er gennemført som et lodtrækningsforsøg (randomiseret klinisk forsøg). Dette projekt er karakteristisk ved, at det er underlagt de regler, der er, for godt videnskabeligt arbejde. Det forpligter ift. valg af metode og analyser, og har den fordel, at man med større styrke kan udtale sig om effekt eller mangel på samme. Dette pilotprojekt inkluderede en for lille gruppe til, at der kan drages præcise konklusioner, men samtidig kan designet på mange måder være en model for det udviklende samarbejde Socialmedicinsk Center gerne vil have med kommunerne. Derfor er det interessant at undersøge effekten i et større projekt, som opfylder antallet af deltagere.

Sven Viskum
Ansvarlig projektejer, Ledende overlæge, Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital

2. Resumé

I september 2016 besluttede Ishøj Kommune byråd sammen med Socialmedicinsk Center, Frederiksberg Hospital, at starte et pilotprojekt, der skulle indeholde 30 tværfaglige socialmedicinske forløb. Formålet med pilotprojektet var at undersøge, om en sådan indsats var bedre end den vanlige indsats i jobcentret, defineret ved at flere kom i arbejde og blev afklaret hurtigere.

Indsatsen bestod i en seks måneder lang individuelt tilrettelagt indsats baseret på deltagerens behov og udfordringer. Faste elementer i alle forløb var en socialmedicinsk og en socialfaglig udredning samt tilknytning af en forløbskoordinator. Afhængig af problemstillingerne blev der løbende koblet relevante fagligheder på fra det tværfaglige team bestående af læger, fysioterapeuter, psykiater, psykologer og forløbskoordinatører. Nøgleord for indsatsen var fleksibilitet, hurtig handling, tæt kommunikation samt nem adgang til lægelig sparring, vurdering og behandling. Indsatserne tog herudover udgangspunkt i deltagerens individuelle behov.

Målgruppen var aktivitetsparate kontanthjælps- og uddannelseshjælpsmodtagere samt borgere i ressourceforløb. Der blev udvalgt en kontrolgruppe, ligeledes på 30 borgere, matchet på køn, alder og etnicitet, som modtog den vanlige indsats i jobcentret.

Primære effektmål var afklaring til selvforsørgelse (beskæftigelse på ordinære vilkår, uddannelse, fleksjob eller revalidering). Sekundære effektmål var afklaring fra kontanthjælp til anden forsørgelse, dvs. inklusive førtidspension. Der blev fulgt op på beskæftigelsesstatus 6, 12 og 18 mdr. efter inklusion.

Der blev tillige gennemført en spørgeskemaundersøgelse efter endt indsats for både borgere og sagsbehandlere samt en kvalitativ undersøgelse med deltagerne i hhv. kontrol- og indsatsgruppe.

I alt 28 i indsatsgruppen og 26 i kontrolgruppen havde afsluttet 18 mdrs. follow up, da dataanalysen blev gennemført. Resultaterne viste, at mens ingen deltagere i nogen af grupperne havde skiftet forsørgelsesstatus efter 6 mdr., sås der ved 12 mdr. en tendens til, at flere deltagere i indsatsgruppen var blevet selvforsørgende og var blevet afklaret. Forskellen blev signifikant efter 18 mdr., hvor 29% var afklaret til selvforsørgelse i indsatsgruppen vs. 8% i kontrolgruppen og 43% var afklaret fra kontanthjælp i indsatsgruppen vs. 15% i kontrolgruppen.

Af spørgeskemadata sås en tendens til, at deltagerne i indsatsgruppen i samme grad som ved inklusionen vurderede, at de kunne komme i arbejde (ordinært arbejde eller fleksjob), mens der var tendens til, at færre vurderede, at de kunne komme i arbejde i kontrolgruppen; dette var dog ikke signifikant.

Den kvalitative undersøgelse tegner, på baggrund af borgernes egne udsagn, et billede af, hvordan indsatsen i SC har adskilt sig fra indsatsen i jobcentret, hvad borgerne selv oplever, at de har behov for i den situation, de står i, samt en vurdering af, hvad der har været særligt fordelagtigt ved indsatsen i SC, og hvad der kunne gøres bedre. Den kvalitative undersøgelse understøttede, at det overordnet set lykkedes at implementere de principper, som man har sat sig for at basere indsatsen på, og at dette skete i højere grad end i jobcentret. Der var dog også eksempler på mindre hensigtsmæssige oplevelser og forslag til, hvordan indsatsen kunne gøres bedre.

Samlet set tyder undersøgelsens resultater på, at en tværfaglig socialmedicinsk indsats som den gennemførte har potentiale til at lede borgere i den dårligste gruppe i jobcentret tættere på arbejdsmarkedet og hjælpe til hurtigere afklaring i forhold til den vanlige indsats i jobcentret.

Der er dog alene tale om et pilotstudie med lille deltagerantal gennemført i en enkelt kommune. Øvrige svagheder ved studiet er, at rapportens resultater udelukkende baserer sig på afklaringsstatus fra deltagerne sagsbehandlere, samt at der alene er fulgt op efter 18 måneder. Det vides således ikke, om deltagerne, som er afklaret til job eller fleksjob, reelt er kommet i arbejde og i så fald om dette fremadrettet kan fastholdes.

Det anbefales derfor, at der iværksættes et nyt og større studie med længere indsatsperiode, længere opfølgingsperiode, mere solide effektmål samt i flere kommuner med henblik på validering af fundene og med inddragelse af erfaringerne fra dette pilotprojekt. Desuden bør indsatsen forsøges implementeret med andre fagpersoner, så man tager højde for eventuelle personbårne effekter.

Der er planlagt økonomisk evaluering af projektet ved Ishøj Kommune; resultaterne af denne fremgår ikke af aktuelle rapport.

3. Baggrund

3.1 Samfundsmæssig kontekst

Borgere på langvarig kontanthjælp og lignende ydelse (kontanthjælp, uddannelseshjælp og ressourceforløbsydelse via ressourceforløb, herefter blot benævnt kontanthjælpsmodtagere) er en stor samfundsøkonomisk belastning for såvel kommuner som stat. Det har også stor betydning for den enkelte borger, da det ofte er relateret til komplekse helbredsmæssige og sociale problemstillinger og derfor til dårlig livskvalitet¹. Forebyggelse af langvarige ydelsesforløb er derfor en politisk og sundhedsfaglig prioritet. Kontanthjælpsreformen fra 2014 ønskede at gøre op med de mange borgere, som modtager kontanthjælp i årevis uden at få den rette indsats og hjælp til at komme videre og i arbejde eller uddannelse². En af reformens centrale elementer er hurtig visitering til gruppen af enten jobparate eller aktivitetsparate borgere. Aktivitetsparate borgere defineres som dem, som har andre problemer end ledighed, f.eks. sociale eller helbredsmæssige problemer, og gruppen består således af de dårligst fungerende af ydelsesmodtagerne i jobcentret.

I 2016 havde Ishøj Kommune for sjette år i træk landets højeste ledighedsprocent med 8,6 % pr. juni 2016, ligesom næsten 40 % af de ledige i Ishøj Kommune havde været ledige i mere end 12 måneder³.

3.2 Hvad ved vi om effekten af beskæftigelsesrettede indsatser?

Flere internationale metanalyser og studier tyder på, at helhedsorienterede og individuelt tilpassede indsatser kan være effektive ift. at øge tilbagevenden til arbejde (TTA), også på den lange bane, men mest viden er genereret om personer tættere på arbejdsmarkedet, dvs. sygemeldte og unge.^{4,5,6,7,8}

De fleste studier afspejler dog, at det kan være svært at detektere effekter i lyset af ofte meget

¹ Wadell et al. (2010)

² Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2013): Pixi-pjece om Voksne Kontanthjælpsmodtagere

³ Danmarks Statistik

⁴ Hoefschmidt et al. (2012)

⁵ Lytsy et al (2017)

⁷ Graversen et al. SFI (2001)

⁸ Arbejdsministeriet (2000)

forskelligartede indsatser, ligesom det kan være svært at generalisere erfaringer fra andre lande, hvor kulturelle og strukturelle faktorer kan være meget forskellige.

Erfaringer fra danske studier har vist, at det selv mellem enkelte kommuner kan være svært at generalisere fra én kommune til en anden, hvilket formodes at skyldes lokale faktorer, som f.eks. graden af implementering, ledelsesmæssig opbakning, ressourcer i det lokale jobcenter samt sociale forhold herunder arbejdsmarkedsforhold m.v. Opgaven med en sådan indsats har vist sig kompleks og svær at løfte for kommunerne; især ser det ud til, at der er problemer med at levere en samlet koordineret indsats.^{9,10}

Interessant nok fandt et studie fra Norge fra 2012, at sygemeldte borgere, som deltog i et tværfagligt rehabiliteringsforløb havde større chance for TTA, tilbagevenden til arbejde, men også for at få tilkendt førtidspension¹¹. Dette kan tyde på, at tværfaglige rehabiliteringsprogrammer letter afklaring og således forhindrer langvarige ydelsesforløb nærmere end at øge TTA alene. På trods af, at det efterhånden er veletableret, at det for de fleste er sundt at være i arbejde, er der også studier der tyder på, at afklaring til førtidspension kan have positive helbredseffekter for en mindre gruppe, som formentlig udgøres af især svært syge borgere^{12,13}.

I dansk kontekst har det store TTA-projekt fra 2012¹⁴ undersøgt, om en tværfaglig og integreret indsats fik sygemeldte hurtigere tilbage på arbejde i en række kommuner. Resultaterne viste sig at være meget forskellige kommunerne imellem med alt fra forkortelse af sygefraværslængden til forlængelse, hvilket vurderedes at skyldes forskellige i implementeringsgraden.

I 2014 kom rapporten fra KVIK-projektet (Koordineret Virksomhedsrettet Indsats for Kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 2 (indsatsklar) og 3 (midlertidigt passiv))¹⁵, som primært var målrettet unge under 30 år (68%) med komplekse problemer og maksimalt 1½ år ydelsesvarighed. I alt deltog 14 kommuner med 3.289 personer. Efter en kommunalt forankret indsats (tværfaglig afklaring, individuel indsatsplan, mentorstøtte, virksomhedsrettet aktivering) var 25% i selvforsørgelse (18% i uddannelse, 7% i ordinært job), 20% havde haft en vis progression, 22% var afmeldt af anden årsag, 7% afmeldt, da de ikke kunne profitere, 17% blev afmeldt da projektet sluttede og 8% afventede andet tilbud.

Senest kom resultaterne fra BeskæftigelsesIndikatorProjektet (BIP; 2017)¹⁶, som undersøgte faktorer, som har betydning for, om udsatte kontanthjælpsmodtagere kommer i arbejde. Ti jobcentre og ca. 4.000 borgere deltog i undersøgelsen, hvor der primært indgik aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere over 30 år, og de blev fulgt over 4 år. Undersøgelsen viste, at beskæftigelsessystemets indsatser faktisk har betydning for aktivitetsparate kontanthjælpsmodtageres chance for at komme i arbejde. Mange har dog slet ikke modtaget indsatser gennem længere tid, hvilket findes at have skadelig effekt for chancerne for TTA. Jobrettede og tværfaglige indsatser har større chance for at lede til arbejdsmarkedstilknytning. Sidst, men ikke mindst, har selve relationen til beskæftigelsesmedarbejderen en stor betydning. Samlet set viste resultaterne, at 10% var i arbejde efter 4 år, mens 6% var ansat i fleksjob, og det så ud til,

⁹ Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2012): KVIK-forsøgsprogrammet

¹⁰ Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø 2012

¹¹ Øyeflaten et al. (2012)

¹² Bengtsson et al. SFI (2014)

¹³ Wadell et al. 2010

¹⁴ Houlberg et al. (2012), Det store TTA-projekt, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø

¹⁵ Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2012): KVIK-forsøgsprogrammet

¹⁶ Rosholm et al. (2017)

at dem i fleksjob var bedre til at fastholde deres ansættelse end dem i ordinær ansættelse. Fem procent var i uddannelse, primært i gruppen under 30 år. Af betydning for at komme i job viste følgende parametre sig afgørende for borgernes vedkommende: Helbredsmestring, tro på at kunne klare et arbejde, samarbejdsevner, jobsøgningsadfærd og reservationsløn, mens følgende viste sig afgørende for sagsbehandlers vedkommende: Tro på at borgeren kommer i job samt målrettethed.

En endelig model for rehabiliteringsforløb er ikke efterfølgende implementeret i praksis, og der er ikke ensretning mellem tilbuddene kommunerne imellem. Det vides således ikke, om de indsatser, som anvendes, reelt er effektive.

I de danske projekter er der sjældent inkluderet en kontrolgruppe, og mens projekterne har givet vigtige erfaringer om bl.a. implementering etc., kan være svært at vurdere, om de fundne effekter reelt skyldes indsatsen eller andre forhold. Det ville således være gavnligt med en bredere anvendelse af naturvidenskabelige metoder og en systematisk tilgang til området.

De fleste danske studier er lavet på gruppen af sygemeldte, og der findes ingen danske studier af effekten af en tværfaglig indsats til de dårligere kontanthjælpsmodtagere. Derudover er det aldrig tidligere forsøgt med en tværfaglig indsats udgående fra en regional enhed.

3.3 Rationale for studiet

Kommuner i Region Hovedstaden kan henvise borgere med komplekse problemstillinger til SC, Frederiksberg Hospital, hvis de vurderer, at der er behov for helhedsorienteret afklaring af borgers samlede situation. Der er mulighed for tværfaglig afklaring fra speciallæger, fysioterapeut, psykolog og socialfaglige. SC har således stor erfaring med helhedsorienteret udredning og tværfaglig individuel håndtering af komplekse bio-psyko-sociale problemstillinger og har et godt grundlag for at koordinere og facilitere tværfaglige forløb i tæt samarbejde mellem kommuner og regionsfunktioner.

Det er almindelig praksis, at kommuner køber beskæftigelsesrettede forløb hos anden aktør. Det blev derfor besluttet, at Ishøj Kommune ville købe en række forløb udgående fra SC til en gruppe aktivitetsparate borgere med henblik på at se, hvorvidt dette havde potentiale til at rykke disse borgere tættere på arbejdsmarkedet. For at kunne vurdere dette blev det besluttet, at evaluere effekten ved at lade forløbene indgå i et pilot-studie, hvor gruppen, som fik et forløb ved SC, blev sammenlignet med borgere, der fik den almindelige indsats i jobcentret.

Hypotesen var, at en regionalt funderet indsats baseret på et stærkt og erfarent tværfagligt team med direkte adgang til regionens lægelige specialer udgående fra et socialmedicinsk center kunne lede til bedre og hurtigere beskæftigelsesmæssig afklaring af aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere end den vanlige indsats i jobcentret. Med et stærkt tværfagligt team forstås et team bestående af læge, socialrådgiver, fysioterapeut og psykolog med bred erfaring med arbejdsmarkedsrehabilitering. Dette pilotstudie er første skridt på vejen til at undersøge, om en sådan indsats udviser potentiale som en praktisk implementérbar og økonomisk rentabel model til bedre og hurtigere afklaring af borgere i risiko for at ende på langvarig offentlig ydelse.

4. Formål, målgruppe og effektmål

4.1 Formål

Formålet var at undersøge, om en nærmere beskrevet (se senere) regionalt funderet tværfaglig indsats ved et socialmedicinsk center kunne lede til bedre og hurtigere beskæftigelsesmæssig afklaring af aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere.

Det overordnede formål med ovenstående var, 1) at få en indikation af, om formatet har potentiale til udbredelse, og 2) skabe et erfaringsgrundlag, som kan bygges videre på ift. udførelsen af et større studie, da vi vurderede, at et pilotstudie var afgørende før et sådant med rimelighed kunne iværksættes.

4.2 Målgruppe, inklusion og power

4.2.1 Målgruppe

Målgruppen var kontanthjælpsmodtagere i Ishøj Kommune, som var klassificeret i kommunens jobcenter som aktivitetsparate, som havde modtaget kontanthjælp i højst 5 år, men været på overførselsindkomst i minimum 1 år.

Borgere blev tilbudt indsatsen på lige fod med andre indsatser i jobcentret under Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats.

Borgere blev ekskluderet, såfremt de var friholdt fra at deltage i kontaktføreløb og aktiv indsats, jf. Bekendtgørelse nr. 865 af 01/07/2010, §28, såfremt de var i meningsfuld lægelig behandling eller udredning eller så svært syge, at en socialmedicinsk indsats på forhånd vurderedes meningsløs, hvis de allerede deltog i andet forløb eller indsats, hvor der var progression, eller hvis de forventedes beskæftigelsesmæssigt afklaret indenfor 3 måneder.

4.2.2 Rekruttering og randomisering

I kommunens Jobcenter gennemgik alle sagsbehandlere for borgere klassificeret som aktivitetsparate deres sagsstamme og identificerede dem af deres borgere, som vurderedes at opfylde inklusionskriterierne. Herefter ekskluderedes de, der ikke opfyldte inklusionskriterierne, jf. ovenfor. Ved behov for lægelig vurdering ift. eksklusionskriterier, blev sagen drøftet med videnskabelig projektleder, som var læge. Da for få borgere på kontanthjælp opfyldte kriterierne, blev målgruppen udvidet til også at omfatte borgere i ressourceforløb, dog under krav om, at der indtil inklusionen ikke måtte være progression i forløbet; der var således tale om borgere, som var "gået i stå" i deres ressourceforløb (sagsbehandlers vurdering). Borgere, som vurderes at kunne inkluderes, blev optegnet på en "bruttoliste", hvorfra der blev udført stratificeret randomisering som beskrevet nedenfor. Bruttolisten udgjorde desuden grundlaget for størrelsen af de forskellige strata iht. køn, alder samt ift. hvorvidt borger var indvandrer fra et ikke-vestligt land eller ej, således at den endelige sammensætning af populationen så vidt muligt afspejlede sammensætningen af hele populationen af aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere/ressourceforløbsmodtagere i kommunen. Stratificeringskriterierne blev valgt, fordi det på forhånd blev formodet, at disse kriterier ville have stor betydning for effekten af indsatsen, hvorfor det var essentielt, at fordelingen var ens i de to grupper. Ved hjælp af et computersystem (Microsoft Excel) blev alle brugere allokeret et tilfældigt randomiseringsnummer og inddelt i strata iht. køn, alder over hhv. under 30 år samt ift. hvorvidt borger var indvandrer fra et ikke-vestligt land eller ej. Hvert strata blev sorteret efter stigende randomiseringsnummer, og for hvert strata blev der herefter foretaget parvis allokering til indsats- hhv.

kontrolgruppe. Randomiseringen blev foretaget af videnskabelig projektleder under supervision af videnskabelig supervisor.

De borgere, som var blevet udvalgt til indsatsen, blev informeret om studiet af deres sagsbehandler og adspurgt om de ville deltage, og hvis de accepterede, blev de inkluderet.

Hvis en borger afslog, blev næste borger på listen i det pågældende stratum indkaldt.

Inklusionsperioden forløb fra november 2016 til januar 2018.

4.3 Effektmål

Samlet oversigt over effektmål, målemetoder samt øvrige evalueringer kan ses i tabel 4.3.

4.3.1 Kvantitative effektmål og poweranalyse

Primære effektmål var andelen, som var afsluttet til beskæftigelse (både ordinære vilkår og fleksjob) som jobparat, afsluttet som uddannelsesparat eller afsluttet til revalidering; dette benævnes i rapporten som afklaret til job/uddannelse. De sekundære effektmål var andelen, som var afklaret (altså både ovennævnte, men også de borgere, som var afklaret til f.eks. førtidspension, dvs. de borgere, som havde forladt kontanthjælpsystemet), andelen af borgere, som havde været i praktik i perioden samt den samlede andel af borgere med progression i form af min. én af de ovenstående hændelser.

Information vedr. dette indhentes ved follow up via KMD Opera, som er kommunens elektroniske sagsbehandlingssystem.

Der arbejdes på opfølgning via DREAM, hvilket fortsat er planlagt ved næste opfølgning. Den kvantitative undersøgelse og resultatet af denne er beskrevet i del 3A.

Det inkluderede antal deltagere var forudbestemt iht. det antal, som der forsøgsvist var besluttet henvist; dette antal var primært baseret på kapacitetshensyn i den udførende afdeling.

På baggrund af dette antal blev der foretaget poweranalyse ift. forventet effekt; resultaterne fremgår af tabel 4.1. Ift. andel i beskæftigelse forventedes det først at kunne påvise effekt efter min. 30 mdr. Ift.

afklaring forventedes det, at der kunne påvises effekt efter 18 mdr. Ift. andel med progression forventedes det, at der kunne påvises effekt ved 6 mdrs. follow up.

Tabel 4.2. Forventet effekt og poweranalyse.

Effektmål	Hypoteser og overvejelser	Gruppe	6 mdr.*	18 mdr.	30 mdr.	5 år
<i>Andel i beskæftigelse (ordinær eller fleksjob)</i>	SME-indsatsen får flere i beskæftigelse. Målsætning er at opnå en indikation af, om hypotesen holder stik; det forventes ikke, at der kan opnås signifikans på denne parameter.	Kontrol	0%	5%	5%	10%
		Indsats	10%	35%	40%*	45%*
<i>Andel som er afklaret</i>	SME-indsatsen leder til hurtigere og større grad af afklaring af borgers situation. Afklaring betegner forventet varig afklaring til enten beskæftigelse i enhver form eller anden varig ydelse, f.eks. førtidspension.	Kontrol	5%	5%	10%	15%
		Indsats	30%	50%*	80%*	95%*
		Kontrol	10%	10%	15%	20%

Andel med progression	Progression defineres som min. én hændelse sv.t. ovenstående effektmål, dvs. i beskæftigelse og/eller i praktik og/eller er varigt afklaret.	Indsats	65%*	75%*	85%*	85%*

*svarer til efter endt indsats

4.3.2 Kvalitativt studie

Ved follow up blev gennemført et kvalitativt studie mhp. at belyse deltageroplevelsen belyse mere komplekse forhold, der ikke kan forstås eller belyses med kvantitative metoder. Formålet var at opnå et mere nuanceret indblik i deltagernes oplevelse af indsatsen i SC hhv. jobcentret, således at årsagerne til eventuelle resultatforskelle kunne komme nærmere, og således at der kunne drages erfaringer og forslag til forbedringer til et evt. fremtidigt studie.

Den kvalitative undersøgelse og resultatet af denne er beskrevet i del 3B.

4.3.3 Øvrige mål

Der blev afholdt evalueringsmøder, dels med erfaringsindsamling fra sagsbehandlere, og dels med erfaringsopsamling fra projektmedarbejdere. Dette er foregået ustruktureret og med åben dialog. I forlængelse af erfaringsopsamling fra projektmedarbejderne er hver enkelt deltager i indsatsen gennemgået, og der er forsøgt udarbejdet et overblik over arketyper og effekt af indsatsen.

Formålet var at drage erfaringer til et evt. fremtidigt studie med forbedring af indsatsen i SC.

Erfaringsopsamlingen og resultatet af denne er beskrevet i del 3C.

Der er aftalt en vurdering af den økonomiske rentabilitet af indsatsen. Denne er udarbejdet af Ishøj Kommune og indgår derfor ikke som element i denne rapport.

Table 4.3 Effektmål.

	<i>Datakilde</i>	<i>Effektmål</i>	<i>0 mdr.</i>	<i>6 mdr. (FU)</i>	<i>12 mdr.</i>	<i>18 mdr.</i>	<i>24 mdr.</i>	<i>36 mdr.</i>
Primært effektmål	<i>Sagsbehandler /KMD Opera</i>	<i>Andel i beskæftigelse</i>	X	X	X	X	X	X
Sekundære effektmål	<i>Sagsbehandler /KMD Opera</i>	<i>Andel som er afklaret</i>	X	X	X	X	X	X
		<i>Andel som har været i praktik</i>	X	X	X	X	X	X
		<i>Andel med progression*</i>	X	X	X	X	X	X
Subjektive effektmål	<i>Spørgeskema</i>	<i>Vurderet arbejdsmarkedsprognose</i>	X	X				
	<i>Spørgeskema</i>	<i>Vurderet helbred</i>	X	X				
	<i>Spørgeskema</i>	<i>Vurderet sociale situation</i>	X	X				
	<i>Spørgeskema</i>	<i>Grad af afklaring (hhv. forsørgelses-situation, helbred)</i>	X	X				

	<i>og sociale situation)</i>					
Kvalitativt studie	<i>Interviews</i>	<i>Borgeroplevelse</i>				X
Øvrige mål	<i>Endelige indsatsomkostninger</i>	<i>Økonomisk rentabilitet</i>	X	X	X	X
	<i>Evalueringsmøder</i>	<i>Praktisk implementérbarhed</i>	X	X		

*defineret som beskrevet i tabel 4.2.

5. Ethiske overvejelser

5.1 Information og samtykke

Borgerne blev skriftligt og mundtligt informeret om studiet og fik tilbudt betænkningstid inden de afgav evt. samtykke; dette skete via sagsbehandler i jobcentret. Det stod borgerne frit for, om de ønskede at deltage i studiet eller ej, og samtykke til deltagelse havde ingen indflydelse på, hvilken indsats, de fik tilbudt eller havde andre konsekvenser. Borgerne kunne således godt henvises til indsatsen uden at deltage i studiet, hvis de ikke ønskede at give samtykke; ingen gjorde dog dette. Alle deltagere afgav skriftligt samtykke, herunder til at de måtte kontaktes telefonisk i forbindelse med studiet, også efter studiet afslutning. Det stod deltagerne frit for når som helst at trækkes samtykket tilbage og træde ud af studiet uden at dette havde konsekvenser for deres sag eller forløb.

Ift. de kvalitative interviews blev det på forhånd vurderet fra sagsbehandler hhv. forløbskoordinator, hvorvidt det var etisk forsvarligt at kontakte borger mhp. dette.

5.2 Dataopbevaring

Der oprettedes en pseudo-anonymiseret database med forskningsdata. Data opbevaredes iht. Region Hovedstadens retningslinjer for opbevaring af personfølsomme data. Ved inklusionen tildeltes hver deltager et projekt-ID-nummer, som i et separat dokument sammenkoblede med cpr.nr. gennem forsøgsperioden. Dette dokument blev opbevaret i lovbeskyttet mappe på krypteret USB-stik, som opbevares i aflåst skuffe i aflåst rum på SC, Frederiksberg Hospital. I den endelige database fremgår ingen personfølsomme oplysninger, og der anvendes alene ID-nummer i dataanalysen.

Data gemmes på denne vis indtil projektets afslutning og destrueres herefter. Bånd med lydoptagelser blev slettet umiddelbart efter transskription. Transskriptionsnotater blev gemt pseudoanonymiseret iht.

Regionens retningslinjer for dataopbevaring.

5.3 Anmeldelse og godkendelser

Projektet er godkendt af Datatilsynet under Region Hovedstadens paraplyanmeldelse for sundhedsvidenskabelig forskning med j.nr.: 2012-58-0004 med lokalt j.nr. BFH-2016-072 og I-Suite nr: 04989.

Projektet er drøftet med jurist i Videnskabsetisk Komité, som vurderede, at projektet ikke skulle anmeldes

hertil, da der ikke anvendes biologiske mål i projektet og således ikke i juridisk videnskabetisk forstand klassificeres som sundhedsvidenskabelig forskning.

6. Materiale

6.1 Inklusion

Der blev initialt af sagsbehandlerne identificeret 101 borgere, som vurderedes at opfylde inklusions- og eksklusionskriterierne. Ved nærmere eftersyn ved videnskabelig projektleder viste det sig imidlertid, at 43 alligevel ikke kunne inkluderes, idet de alligevel ikke opfyldte inklusions- eller eksklusionskriterierne (havde bolig i en anden kommune, var i andet meningsfyldt forløb eller havde fået deres forløb i jobcentret stoppet fra screeningstidspunktet til inklusionen).

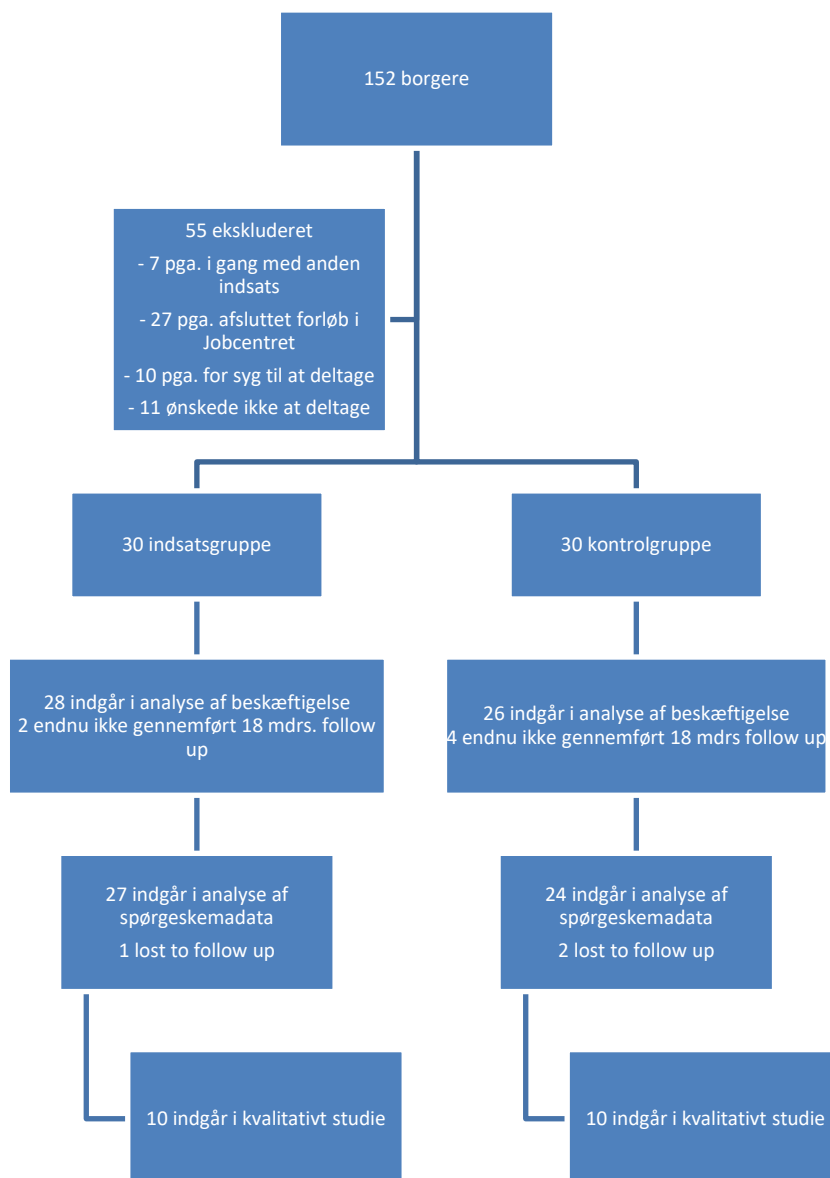
Borgere udtrukket til kontrolgruppen havde mulighed for at afslå deltagelse i projektet. Man må forvente, at det er de mindst motiverede og formentlig dårligste borgere, som afslog, og således er blevet sorteret fra. Borgere i indsatsgruppen havde mulighed for at fravælge deltagelse i evalueringen (forskningsdelen), og kunne også fravælge indsatsen, dog under de gældende regler for sanktionering sv.t. almindelig praksis i Jobcentret. Alle i indsatsgruppen valgte at deltage i evalueringen, mens 11 i kontrolgruppen ikke ville deltage. Borgerne, som ikke ville deltage, adskilte sig ikke signifikant fra deltagerne i kontrolgruppen ift. køn, alder, tolkebehov og etnicitet (81% kvinder ($p=0.32$), 64% ikke-vestlige indvandrere ($p=0.24$), 9% med tolkebehov ($p=0.32$), 91% alder over 30 år ($p=0.58$)).

Da der ikke var nok borgere, som matchede inklusionskriterierne, blev der inkluderet i alt 17 borgere, som havde været på overførselsindkomst i mere end 5 år, samt 11 borgere i ressourceforløb (dog med krav om, at ressourceforløbet skulle være gået i stå, hvilket var en sagsbehandler vurdering). Disse blev stratificeret og randomiseret ift. de øvrige kriterier på samme måde som den oprindelige gruppe. Det lykkedes at inkludere 30 borgere i indsatsgruppen og 30 borgere i kontrolgruppen. Der indgår dog kun i alt 28 hhv. 26 borgere i den endelige analyse, da kun disse havde nået 18 mdrs. opfølgning på analysetidspunktet.

Grundet tidspres blev analyserne udført inden at alle var nået 18 mdrs. follow up. I den endelige analyse af beskæftigelsesdata indgik således 26 i kontrolgruppen og 28 i indsatsgruppen. Vurderet ud fra 12 mdrs. follow up og sandsynlig prognose for de 6 resterende deltagere, vurderes det ikke, at dette har potentiale til at skævvride det samlede billede betydelig (data ikke vist).

Det lykkedes ikke at få indhentet spørgeskemadata fra tre deltagere, som således var 'lost to follow up'. Disse adskilte sig ikke i demografisk fra de øvrige deltagere og skævvred ikke demografiske forhold mellem grupperne (data not shown).

Studiets forløb kan ses af figur 6.1.



Figur 6.1. Study flow chart.

6.2 Metodologiske overvejelser

6.2.1 Målgruppe, studiepopulation og randomisering

Deltagerne var sammensat på baggrund af fordelingen af køn, alder og indvandrerstatus i den oprindelige fulde population af borgere klassificeret som aktivitetsparate i jobcentret. Sammensætningen må derfor antages nogenlunde at repræsentere sammensætningen af borgere i målgruppen i Ishøj Kommune ift. disse parametre.

Rationalet for den valgte målgruppe var, at man ønskede at forsøge med indsatsen i ”mellemlgruppen”, dvs. ikke kommunens tungeste borgere (dvs. dem som havde været over 5 år væk fra arbejdsmarkedet), men heller ikke de lettere med mere simple problemstillinger (dvs. dem som havde været på overførselsindkomst i under ét år). Imidlertid var der ikke nok borgere i målgruppen i Ishøj Kommune,

hvorfor denne blev udbredt til også at inkludere borgere, som havde været uden for arbejdsmarkedet i over 5 år samt borgere i ressourceforløb (se nedenfor).

Det var intenderet, at deltagergruppen herudover realistisk skulle repræsentere populationen i jobcentret, hvorfor den blev holdt bred og uselekeret. Dette må forventes på den ene side at have medført en del "støj" i resultaterne grundet en heterogen gruppe, men på den anden side ønskede man, på baggrund af den begrænsede viden på området, ikke at snævre gruppen alt for meget ind, således at den stadig var nogenlunde repræsentativ for populationen af aktivitetsparate borgere i jobcentret.

6.2.1 Forventninger om problemstillinger

Forud for studiet blev der, på baggrund af den kliniske erfaring, konstrueret nogle teoretiske profiler, kaldet "arketyper", som betegnede de grupper af borgere med særlige karakteristiske typer af barrierer i forhold til arbejdsmarkedstilknytning, som man forventede at møde.

Én gruppe forventede man ville præsentere en primært bio-psyko-social problemstilling (se definition i del 2), og én gruppe forventede man også ville have en betydende sociokulturel problemstilling, dog med nogen overlap mellem grupperne. Se beskrivelse i tabel 6.2.

Formålet var allerede på forhånd at gøre sig nogen overvejelser om, hvilken indsats, deltagerne ville have behov for. Man forventede at grupperne ville have behov for forskelligartet indsats, og at man, qua større erfaring, ville se bedre resultater i gruppen af bio-psyko-sociale udfordringer end i gruppen af borgere fra ikke-vestlige lande, da man har langt færre erfaringer med, hvordan denne gruppe bedst hjælpes i et forløb.

Problemstillingens natur	Arketype	Karakteristika og håndtering
Primært bio-psyko-social eller somatisk Det forventes, at ca. 2/3 af deltagerne vil tilhøre denne gruppe. Det vurderes (konservativt) at det, indenfor den noget begrænsede indsatsperiode, er realistisk at rykke ca. 10% fra aktivitetsparat til jobparat eller til job/uddannelse. Yderligere vurderes det realistisk at rykke minimum 25% i forhold til et eller flere øvrige effektmål.	Medicinsk uforklarlige symptomer og kroniske smertepatienter	Typisk langvarig smerteproblematik, evt. anden problematik, som har medført betydende funktionsnedsættelse, ikke blot i arbejdssammenhæng, men også i det daglige liv. Typisk omfattende udredningsforløb uden dækkende lægelig forklaring.
	Unge med psykosociale problemer	Det forventes, at denne gruppe vil være karakteriseret ved personer under 30 år med belastet opvækst, dårlig erfaring med skolegang og med sociale problemer i form af f.eks. hjemløshed, misbrug og psykiske problemer.
	Tidligere velfungerende med langvarig fysisk eller psykisk sygdom	Det forventes, at denne gruppe vil være meget heterogen.
Bio-psyko-social og sociokulturel Det forventes, at ca. 1/3 af deltagerne vil tilhøre denne gruppe. Det forventes, at der som minimum skabes større motivation for tilknytning til arbejdsmarkedet samt progression i egen opfattelse af arbejdsidentitet, hvilket er vist at have stor prognostisk værdi for senere arbejdsmarkedstilknytning.	Ikke-vestlig baggrund med komplekse problemer	Det forventes, at denne gruppe vil være karakteriseret, ofte af kvinder med dårlige danskundskaber, kort skolegang og ingen eller meget begrænset erhvervs erfaring samt en kulturelt baseret forståelse af arbejdsliv og samfundsindretning, som afviger fra den gængse danske. Ofte vil der være comorbiditet med fysiske symptomer, f.eks. smerteproblematikker, som er lægeligt uforklarlige, sekundær traumatisering eller anden psykisk lidelse samt livsstilsproblemer ift. kost og motion og sociale problemer.

Tabel 6.2. Arketyper.

6.2.2 Effektmål

Da vi alene havde adgang til opfølgingsdata via sagsbehandlerne, var vores måling ift. beskæftigelsesstatus begrænset til, hvorvidt deltagerne rykkede videre fra at være kontanthjælpsmodtager. Vi kunne således ikke mere specifikt monitorere, hvorvidt disse deltagerne, som rykkede over til gruppen af jobparate eller fik bevilget fleksjob, også kom i arbejde. Ligeledes kunne vi ikke måle, hvorvidt deltagerne, som overgik til selvforsørgelse kom i arbejde eller overgik til anden form for selvforsørgelse end arbejde, f.eks. at være uden forsørgelse.

6.2.3 Spørgeskemadata

Vi udarbejdede et kort spørgeskema, som vi vurderede, at det var realistisk at få borgere med relativt få ressourcer til at gennemføre. Der var ikke validerede spørgeskemaer, som vurderes anvendelige til vores formål og målgruppe, idet de enten ikke var arbejdsmarkedsrettede eller, var målrettet en bedre fungerende målgruppe, end der var tale om i vores undersøgelse.

Vi udarbejdede derfor vores eget spørgeskema, som ikke blev valideret. Det blev afprøvet ift. forståelseshensyn blandt en mindre gruppe ansatte på SC og tilpasset herefter; dette må dog tillægges meget begrænset betydning grundet betydelige forskelle mellem disse og deltagerne. Spørgsmålene vedr. vurdering af helbred m.v. blev så vidt muligt udarbejdet svarende til WHO's metode til funktionsevnevurdering, International Classification of Functioning med 5-trins skala. Sagsbehandlerne var instrueret i at fortælle deltagerne, at spørgsmålene blot skulle besvares efter bedste skøn. Det viste sig at deltagerne ofte havde svært ved at forstå og svare på spørgsmålene. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen skal derfor tages med forbehold.

6.2.4 Databehandling

Databehandlingen af den kvantitative del blev blindet for, hvilke deltagere, der var i indsats- og hvilke der var i kontrolgruppe. Grupperne blev først afsløret, da analyserne var udført. Beskrivelse af dataanalysen i øvrigt fremgår af beskrivelse af den kvantitative (del 2) hhv. kvalitative del (del 3).

DEL 2: INDSATSEN

Ishøj-projektet: Et pilot-studie

*Camilla Caroline Vitu
Martine Aabye*

1. Teoretisk tilgang

Indsatsen byggede på den metodiske tilgang, der anvendes på Socialmedicinsk Center for borgere uden for arbejdsmarkedet. Tilgangen og forståelsesrammen bygger på den såkaldt "bio-psyko-sociale" sygdomsmodel, der ser sygdom og sundhed som produkter af dynamiske vekselvirkninger mellem menneskets biologiske, psykologiske og sociale omstændigheder.^{17,18}

Nøgleord og principper for tilgangen er som følger:

- I hver sag afklares/forstås "problemet", dels fagligt og dels som det forstås af borgeren
 - Anerkendende: Der bruges tid på at afdække borgerens egen forståelse af sin sygdom og årsagen til funktionsnedsættelsen, og indsatsen tager udgangspunkt i denne og borgerens prioritering af egne problemstillinger. Skønnes borgerens egen opfattelse at udgøre en barriere for progression, forsøges det på en tillidsfuld og konstruktiv måde at arbejde med dette, bl.a. vha. motivationsarbejde.
 - Helhedsorienteret: Funktionsnedsættelse hos personer på langvarig kontanthjælp skyldes ofte multiple forhold. Udredning og indsats målrettes alle aspekter af borgerens liv, som kan forestilles at have betydning for funktionsnedsættelsen ud fra en bio-psyko-social forståelsesramme.
- Ressourceorienteret: Der søges afdækket, hvor der findes ressourcer hos eller omkring borgeren, og nærmiljøet og pårørende forsøges inddraget. Der, hvor der er større ressourcemangler, forsøges det at målrette indsatsen mod disse.
- Individuelt tilrettelagt: Udredning og indsats samt timingen af indsatsen tilpasses borgerens behov og ressourcer, hvilket forsøges sikret ved kontinuerlig revurdering og sparring med borgeren og tilpasning af plan og indsats i overensstemmelse med den givne situation.
- Fleksibel og kreativ: Indenfor det muliges rammer er der ingen grænser for, hvilke indsatsen, der kan iværksættes. Når der opstår barrierer, søges disse omgået ved at tænke kreativt.
- Agil: Der foretages en løbende triagering med sporskifte, hvis en indsatsstrategi ikke virker. Herefter reevalueres sagen, dels i samarbejde med borgeren og dels i det tværfaglige team og årsagen søges afklaret og forstået. På denne baggrund lægges en ny strategi, der løbende følges op i forhold til effekt. Når noget ikke virker, stoppes det umiddelbart. Når noget vurderes at ville have effekt, iværksættes det umiddelbart eller hurtigst muligt.
- Tværfaglig: De mest relevante fagligheder i forhold til målgruppens typiske problematikker indgår som fast del af faggruppen omkring borgeren.
- Tilgængelighed: Det vægtes højt, at borgerens kontaktperson(er) er let tilgængelig(e), både i forhold til telefonisk kontakt, men også i forhold til fysiske møder. Øvrige fagligheder kan hurtigt bringes i spil, hvis det findes nødvendigt.
- Nøjsom: Der bruges mindst mulige ressourcer til at opnå et givent resultat i overensstemmelse med principperne for Stepped Care¹.
- Langsigtet: Det forsøges at skabe en base og iværksætte indsatsen, som rækker ud over indsatsens forløbsperiode, så borgeren i så høj grad som muligt kan blive selvhjulpnen i alle aspekter af sit liv, også på den lange bane og efter støtten ophører.

¹⁷ Niels Michelsen: sygdoms- og sundhedsmodeller i *Den Store Danske*, Gyldendal.

¹⁸ Sarafino EP. Health psychology. Biopsychosocial interactions. Fourth edition. New York: John Wiley & Sons, Inc., 2002.

- Kontinuerligt beskæftigelsesrettet sigte: Tager udgangspunkt i tankegangen bag Individual Placement and Support (IPS)¹⁹, hvor der er fokus på beskæftigelse uanset funktionsnedsættelsen. Hvis ikke beskæftigelse vurderes realistisk, er målet størst mulig selvhjulpethed i hverdagen samt afklaring af sociale situation.
- Empowerment: Borger støttes i evne og lyst til øget egenhandling.

Med udgangspunkt i dette iværksættes i indsatsen udredning, prioritering af deltagerens problemer og efterfølgende interventioner.

Interventionerne tog udgangspunkt i enhver problemstilling, som måtte forventes at have betydning for deltagerens funktionsevne. Enhver intervention, som, i samarbejde med deltageren, skønnedes nødvendig kunne iværksættes, f.eks. lavpraktisk problemløsning, motivation, fysisk træning (GET - Grade exercise training) og psykoterapi (KAT - Kognitiv adfærdsterapi).

Der blev taget udgangspunkt i deltagerens konkrete funktionsnedsættelser, som baseredes på borgerens egen vurdering samt eventuelle afprøvninger og beskrivelser fra andre fagpersoner. I samarbejde med borgeren prioriteredes problematikkerne, hvorefter de søgtes afhjulpethed, om muligt, i den mest hensigtsmæssige rækkefølge. Et klassisk eksempel herpå er, at det er væsentligt at besvære med at møde op til aftaler adresseres og løses, inden der iværksættes behandlingsforløb, som kræver høj grad af fremmøde. Det samme gælder f.eks. sproglige vanskeligheder.

Ovennævnte 11 principper forudsætter en effektiv og stram teamledelse.

2. Praktiske rammer

Indsatsen udgik fra Socialmedicinsk Center (SC) på Frederiksberg Hospital. SC er en afdeling, som ud over at huse Region Hovedstadens kliniske funktion, også tilbyder tværfaglige arbejdsmarkedsrettede udredninger og forløb for borgere uden for arbejdsmarkedet.

2.1 Fagligheder

SC har 65 ansatte, heraf 39 læger, hvoraf de fleste er speciallæger i samfundsmedicin (socialmedicin), arbejdsmedicin eller almen medicin. På SC blev deltagerne lægeligt udredt af og tilknyttet en speciallæge i arbejdsmedicin eller en læge i hoveduddannelse til arbejdsmedicin eller samfundsmedicin under tæt supervision af en speciallæge. I afdelingen er desuden ansat speciallæger i psykiatri og reumatologi samt øvrige fagligheder i form af socialfaglige medarbejdere, fysioterapeuter og psykolog samt sekretærer. Alle fagligheder arbejder ud fra en beskæftigelsesrettet sigte og kunne inddrages efter behov. Det samlede team havde betydelig erfaring med arbejdsmarkedsrehabiliterende indsatser. Hertil havde teamet ved behov mulighed for at trække på samtlige regionens lægelige specialer.

2.2 Praktiske rammer

Ud over mulighed for at bruge lokaler i egen afdeling på Frederiksberg, blev der fra Ishøj Kommune stillet et lokale til rådighed i Ishøj Centret. Der var også mulighed for, at man gik ture under samtalerne, da dette følte mere behageligt for nogle deltagere.

¹⁹ Kilde; IPS, Epløv, Lene Falgaard, forskningsoverlæge, Ph.d

Projektmedarbejderne havde adgang til bil eller dækning af transportudgifter. Deltagerne fik ved projektstart engangsydelse til indsatsrelaterede aktiviteter til at dække transportudgifter.

2.3 Arbejdsfordeling, ansvarsområder og samarbejde

I indsatsen kunne der frit iværksættes tiltag i sundhedsfaglig retning. Sociale økonomiske ydelser samt hjælpemidler m.v. skulle som vanligt bevilges af kommunens socialforvaltning, med tæt opfølgning og samarbejde, således at sagerne ikke trak ud. Den virksomhedsrettede indsats blev, efter Ishøj Kommunes ønske, liggende i kommunens regi. Der var ikke dedikeret virksomhedskonsulenter til målgruppen, men deltagerne kunne benytte sig af hjælp fra de virksomhedskonsulenter, som var tilknyttet i forbindelse med et andet projekt i kommunen (JobFirst).

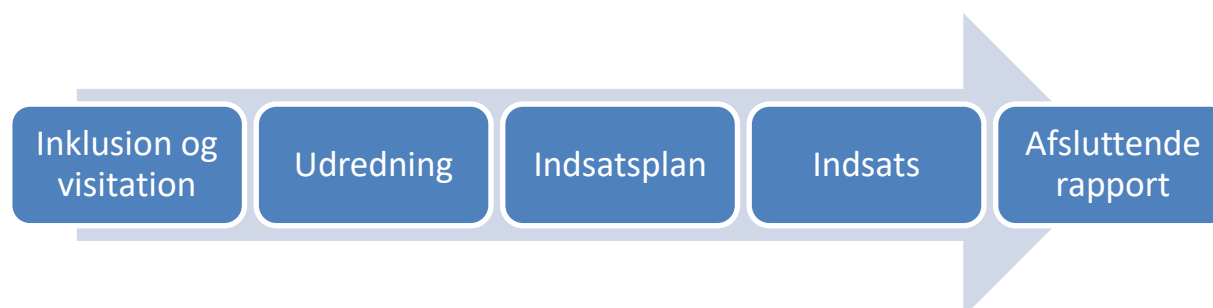
Deltagerens sagsbehandler i Jobcentret blev løbende orienteret om forløbet. Det var aftalen, at sagsbehandler ikke skulle involvere sig i deltagerens sag mens indsatsforløbet stod på, men koordinere med deltagerens forløbskoordinator. Det aftaltes, at ved gentagne afbud/udeblivelser, blev sagsbehandler orienteret og at man i samarbejde ville finde ud af, hvorvidt deltageren skulle sanktioneres. Dette blev dog ikke aktuelt.

Deltagerens privatpraktiserende læge blev ved opstart orienteret pr. brev om, at deres patient var i forløb ved SC. I de tilfælde hvor det skønnedes relevant, blev der taget der telefonisk kontakt til egen læge eller behandlende afdelinger, f.eks. hvis der skulle håndteres konkrete problemstillinger eller der var uklarheder omkring igangværende eller tidligere behandling.

3. Metode

3.1 Beskrivelse af indsatsen

Indsatsen bestod af en række elementer, som beskrevet nedenfor (se figur 1). Inklusions- og visitationsdelen er beskrevet nærmere i del 1.



Figur 1: SC-indsatsen.

3.1.1 Udredning

Formålet med udredningen var at sikre et arbejdsredskab til, i samarbejde med deltageren, at målrette indsatsen, med primære formål at bringe deltageren tættere på arbejdsmarkedet eller i uddannelse.

Alle deltagere i indsatsen gennemgik således en grundig socialmedicinsk og socialfaglig udredning. Deltagerens problemstillinger blev afdækket ud fra en bio-psyko-social model med henblik på at præcisere årsagerne til borgerens funktionsnedsættelse, herunder funktionsevne, udrednings- og behandlingsbehov og relevante aktiviteter/interventioner.

Den indledende udredningssamtale blev gennemført indenfor én måned fra inklusionstidspunktet og foregik i de fleste tilfælde på SC. Enkelte udredninger foregik dog i Ishøj, hvis det blev vurderet, som regel efter flere afbud, at deltageren ikke ville formå at møde op på Frederiksberg Hospital. De initiale udredninger blev gennemført først af læge og dernæst af socialfaglig, men hurtigt blev det klart, at det var langt mere fordelagtigt, at begge var til stede ved den initiale udredning, og efterfølgende blev udredningerne om muligt foretaget med tilstedeværelse af begge parter, hvilket lykkedes for i alt ca. halvdelen af deltagerne. Da den socialfaglige blev den gennemgående forløbskoordinator medførte dette, at deltageren således mødte sin forløbskoordinator ved første kontakt, og at deltageren ikke behøvede at fortælle de samme ting flere gange.

Udredningen fulgte SC's skabelon for den socialmedicinske journal og indeholdt

- Grundig og fokuseret gennemgang af social- og arbejdsmarkedshistorik.
- Grundig gennemgang af helbred, herunder tidligere sygdomme og aktuel tilstand.
- Klinisk lægelig undersøgelse hvis relevant.
- Afdækning af deltagerens egen sygdomsforståelse.
- Tværfaglig konferering med flere fagligheder (se ovenfor) repræsenteret (uden deltageren).
- Evt. anden relevant speciallægevurdering, f.eks. psykiatrisk eller reumatologisk, hvis dette blev vurderet relevant af socialmedicinsk læge.
- Evt. samtaler med fysioterapeut og/eller psykolog mhp. kvalificering af behandlingsmetode, samt vurdering af behov for indsats.
- En gennemgang af udredningens resultater med borger og en forhandling og aftale vedr. gennemførelse af en indsatsplan.
- Samlet resume og konklusion efter udredning, som blev sendt til jobcentret, borger og praktiserende læge.

Når den samlede udredning var gennemført, samledes det tværfaglige team til konference med henblik på en fælles forståelse for problemstillingen og anbefalet indsats, herunder om der vurderedes behov for udredning fra andre specialer.

Udredningen var ikke endelig, således at hvis det senere i forløbet kom frem, at deltageren havde brug for fornyet eller yderligere udredning, blev dette iværksat.

To deltagere fandtes at være så helbredsmæssigt dårlige, at videre indsatsforløb og beskæftigelsesrettet indsats fandtes formålsløst og/eller lægeligt kontraindiceret. Disse to deltagere blev afsluttet umiddelbart efter udredning, og der blev sendt afsluttende rapport med redegørelse tilbage til sagsbehandler. Begge deltagere blev umiddelbart efterfølgende bevilget førtidspension. Se eksempel under punkt 4.

3.1.2 Indsats

3.1.2.1 Tilknytning af forløbskoordinator

Alle deltagere fik ved opstart tilknyttet en forløbskoordinator. Forløbskoordinator var i alle tilfælde socialfaglig, og, ud over at forestå den socialfaglige udredning, fulgte forløbskoordinatoren deltageren gennem hele indsatsen ved SC. For én deltager var forløbskoordinatorfunktionen dog tættere knyttet til teamets fysioterapeut, da dette bedre reflekterede deltagerens problemstillinger.

Forløbskoordinator havde gennem forløbet et kontinuerligt beskæftigelses- og funktionsevnerettet fokus. Indsatsen varierede alt efter borgers behov, jf. principperne nævnt ovenfor. I nogle tilfælde var behov for særdeles tæt kontakt, mens der i andre tilfælde mindre behov for tæt kontakt. Nogle deltagere havde også begrænset overskud, hvilket der også blev taget hensyn til. Intensiteten af kontakten afklaredes i samarbejde med deltageren med inddragelse af, hvad der vurderedes fagligt hensigtsmæssigt. Forløbskoordinators rolle havde især karakter af støtteperson, kontaktperson og facilitator, og typiske opgaver for forløbskoordinator var:

- Kontinuerlig sparring med deltageren og tilpasning af indsatsplan og aktiviteter
- Kontinuerlig monitorering af progression mod målet
- Inddragelse af relevante fagligheder samt iværksættelse og koordinering af indsatser
- Motivationsindsats og empowerment
- Støtte til overblik og retning
- Krisehåndtering
- Støtte til at få gjort praktiske ting
- Støtte til at få taget kontakt til andre relevante samarbejdspartnere
- Støtte til at få iværksat virksomhedsrettet aktivitet samt iværksættelse af kompenserende foranstaltninger samt evt. ansøge om kompenserende ordninger.
- Afrapportering til sagsbehandler i Jobcentret

3.1.2.2 Indsatsplan

Efter endt udredning, tog forløbskoordinator udgangspunkt i denne for i samarbejde med borger at udarbejde en indsatsplan, hvor indsatsområderne blev prioriteret. Herefter blev indsatserne sat i gang. Gennem kontinuerlig dialog mellem borger og forløbskoordinator blev der forsøgt skabt en samarbejdsrelation, som gav deltageren tiltro til forløbet og egne evner samt en fælles forståelse af problematikkerne.

Indsatsplanen var altid individuelt tilrettelagt og blev justeret efter behov. Planen indeholdt fokusområder indenfor sundhed (udredning, behandling eller træning), det sociale område samt indenfor beskæftigelse/uddannelse, men der var ikke nødvendigvis fokus på alle tre parametre fra start.

Indsatsplanen fungerede som et dynamisk redskab, der blev ændret og tilpasset under forløbet, hvis deltagerens behov og forhold ændrede sig.

Indsatsplanen fungerede samtidig som redskab til at skabe overblik og give fornemmelse af progression og dermed også til at fastholde indsatsen.

3.1.2.3 Interventioner

Typiske interventioner i indsatsforløbet, ud over forløbskoordinatorens opgaver, var:

- Løbende, om nødvendigt daglig, motiverende samtaler ved forløbskoordinator, herunder afdækning af arbejdsområde
- Hjemmebesøg
- Praktisk støtte til løsning af sociale problemstillinger
- Skabe sammenhæng i behandlingsforløbet på tværs af sektorer
- Henvisning til lægelig/psykiatrisk behandling
- Psyko-edukation ved fysioterapeut, psykolog, socialfaglig eller læge
- Psykoterapi – primært kognitiv psykoterapi
- Træning med fysioterapeutisk vejledning
- Træning af funktionsniveau i hverdagen
- Ergonomisk vejledning på arbejdspladsen
- Samarbejde med kommunernes tilbud f.eks. sundhedscentre, genoptræningsforløb, m.m.
- Igangsættelse af uddannelse eller virksomhedsrettet aktivitet med iværksættelse af kompenserende foranstaltninger om nødvendigt; tilrettelæggelse af arbejdsrytme, opgaver, arbejdstid m.m.
- Støtte til ekstern behandling eller aktivitet hos ekstern anden aktør eller behandler, f.eks. misbrugscentre og lign.
- Ansøgning om sociale ydelser og evt. kompenserende ordninger.

3.1.2.4 Opfølgning

Forløbskoordinator havde løbende mulighed for sparring med socialmedicinsk læge, som kunne vurdere, om der var behov for sparring med eller inddragelse af yderligere fagpersoner.

Hver uge blev der afholdt tværfaglige fælles konference, hvor der var mulighed for at drøfte hver enkelt deltagers sag ud fra indsatsplanen. En sag blev taget på konference, hvis der ikke var forventede progression eller der var tilkommet nye oplysninger, som vurderedes at have betydning. Formålet med konferencerne var endvidere at hele teamet omkring borgeren fik koordineret indsatsen.

Deltagere ved konferencerne var socialmedicinske læger, psykiater, psykolog, fysioterapeut og socialfaglige. Konferenceafviklingen tog udgangspunkt i de tidligere beskrevne principper.

3.1.2.5 Varighed

Designmæssigt var det besluttet, at indsatsen kunne have en varighed på maksimalt 6 måneder. Ud over de to deltagere, hvis forløb blev afsluttet umiddelbart efter udredning, blev samtlige deltagere fulgt de 6 mdr. ud. Der var enkelte tilfælde, hvor det vurderedes etisk uforsvarlig at afslutte indsatsen efter 6 mdr., hvorfor der blev iværksat et efterværn af nogle måneders varighed. Beslutning om iværksættelse af efterværn blev taget på den tværfaglige konference på foranledning af forløbskoordinator.

3.1.2.6 Afslutning

Indsatsen blev afsluttet med en samlet rapport for hver enkelt deltager med beskrivelse af indsatsen, progressionsudviklingen, nuværende helbredsstatus, lægelig og socialfaglig vurdering af funktionsevne og præcisering af kompenserende foranstaltninger, samt anbefalinger til videre tiltag.

Rapporten blev, når den var gennemgået med deltageren, sendt til sagsbehandler i Jobcentret, deltageren samt deltagerens praktiserende læge.

Der var endvidere tilbud om afholdelse af et afsluttende koordinerende møde mellem deltager, sagsbehandler og forløbskoordinator samt evt. anden relevant faglighed.

3.2 Eksempler

Eksempel 1

En deltager er gentagne gange udeblevet. Inden der iværksættes yderligere indsatser, og i stedet for sanktionering kontaktes vedkommende og det aftales, at fremtidige møder afholdes i Ishøj. I indsatsen arbejdes med fremmøde samt redskaber til at håndtere situationer, hvor fremmøde synes vanskeligt for deltageren. Deltageren har herefter stabilt fremmøde.

Kommentar: Der tages udgangspunkt i deltagerens funktionsevne, og der arbejdes ud fra denne. Derved undgås det, at der stilles krav, som deltageren ikke kan honorere, og at indsatser løber ud i sandet.

Eksempel 2

En deltager, hvis funktionsevne og forløb er præget af adfærdsvanskeligheder og konflikter med andre, mener ikke, i modsætning til lægen, at have psykiatiske problemer. Deltageren mener selv, at den eneste problematik er, manglende økonomi til at få lavet tænder. Dette bliver i første omgang fokus, hvilket skaber tillid og grundlag for, at der kan arbejdes videre med borgeren, som accepterer psykiatrisk udredning. Det viser sig, at deltageren har en personlighedsforstyrrelse. Det videre samarbejde med forløbskoordinator går godt, der er tæt kontakt med sagsbehandler, og der iværksættes hjemmevejlederstøtte. Deltageren kommer i arbejde.

Kommentar: Der tages udgangspunkt i deltagerens eget sygdomsbillede og anskuelse af problemerne. Dette åbner op for, at der kan arbejdes med øvrige problemstillinger.

Eksempel 3

En deltager isolerer sig i betydelig grad socialt og samarbejdet med Jobcentret er præget af udeblivelser. Deltageren ønsker ikke, at nogen skal ind i hjemmet og afviser hjælp. Ved udredningen står det klart, at deltageren ved en tidligere blodprop i hjernen har pådraget sig en hjerneskada, hvis omfang ikke har været kendt. Deltagerens funktionsevne i dagligdagen er særdeles begrænset, og der er et massivt støttebehov. Dette afdækkes ved udredningen, og det findes åbenbart formålsløst med iværksættelse af beskæftigelsesrettet indsats. Deltageren afsluttes efter udredningen og får kort tid efter bevilget førtidspension.

Kommentar: Den grundige lægelige udredning afslører tilstand med betydeligt nedsat funktionsevne, som ikke ellers har været erkendt, da deltageren er svært tilnærmelig, både for sagsbehandler, men formentlig også for egen læge.

Eksempel 4

En deltager er diagnosticeret med skizofreni og er produktivt og kontinuerligt psykotisk, hvorved vedkommende bliver meget paranoidt tolkende. Havde gentagne gange uden held forsøgt at komme ud på arbejdsmarkedet uden særlige hensyn eller støtte. Via sparring med afdelingens psykiater bliver det afklaret, at det er forsvarligt at forsøge praktik, samt hvilke støtteforanstaltninger der var væsentlige at få iværksat, ligesom der blev sikret sideløbende kontakt til borgerens behandlende psykiatiske afdeling for at koordinere forløbet. Deltageren kommer ud i praktik, som vedkommende er glad for, og der sørges for støtte til både deltager og arbejdsgiver i forhold til deltagerens psykiske symptomer. Der stiles mod et

fleksjob, men grundet fluktuation i sygdommen nås endelig afklaring ikke inden projektets afslutning, og deltageren er ved 18 mdrs. follow up endnu ikke afklaret.

Kommentar: Grundet muligheden for sparring med psykiater og mulighed for løbende opfølgning og coaching, bliver forløbskoordinator i stand til at hjælpe deltageren i praktik på trods af en svær psykiatrisk tilstand og kunne være stabil i praktikforløbet.

Eksempel 5

En deltager har lidt af nakkesmerter gennem mange år, og mener sig som udgangspunkt uarbejdsdygtig. Gennem længerevarende fysioterapeutisk vejledning og psykoedukation samt træning, og motivationsamtaler ift. arbejdsmarkedet, lykkes det at få deltageren i revalidering med et klart ønske om beskæftigelse.

Kommentarer: Et individuelt tilpasset længerevarende forløb, som adresserer både fysiske og psykiske forhold, ændrer deltagerens syn på egne evner, og bedrer tilstanden i en grad, så arbejdsmarkedstilknytning bliver en realistisk mulighed.

DEL 3A: KVANTITATIV DEL

Ishøj-projektet: Et pilot-studie

Martine Aabye

1. Metode

1.1 Dataindsamling

1.1.1 Beskæftigelsesstatus

Information vedr. beskæftigelsesstatus indhentes ved telefonisk opfølgning med sagsbehandlere, som havde adgang til deltagerens status i Jobcentret via KMD Opera, som er kommunens elektroniske sagsbehandlingssystem.

1.1.2 Spørgeskemaderiverede data

Ved inklusion udfyldte deltageren et kort inklusionsspørgeskema online. Efter 6 mdr. blev deltageren indkaldt af sagsbehandler til udfyldelse af follow up-spørgeskema. Hvis der var tvivl om spørgsmålene eller behov for forklaring, havde deltageren mulighed for at få hjælp fra sagsbehandler. Deltagerblinding og blinding af sagsbehandler var ikke muligt. Sagsbehandler var instrueret i ikke at hjælpe deltageren med selve svaret. Det blev angivet på skemaet, om sagsbehandler havde assisteret med udfyldelsen.

Spørgeskemaet omhandlede deltagerens vurdering af egen forsørgelsesprognose, vurdering af helbred hhv. sociale situation, vurdering af oplevelsen af at være afklaret helbredsmæssigt hhv. beskæftigelsesmæssigt samt hjulpet ift. sociale problematikker samt vurdering af hvilke indsats, som deltageren mente kunne bringe ham/hende tættere på arbejdsmarkedet.

Både ved inklusion og follow up havde sagsbehandleren udfyldt et tilsvarende spørgeskema forud for deltagerens udfyldelse med deres vurdering af ovenstående problematikker samt afgivet nogle demografiske oplysninger om deltageren.

Spørgeskemaerne kan ses af bilag 1.

1.2 Dataanalyse og statistiske metoder

Ved kategoriske variable blev proportioner sammenlignet med chisquare test eller Fisher's exact test, hvis observationerne var uparrede, og med McNemar's test, hvis de var parrede.

Kontinuerte datavariabel blev testet for normalitet med Shapiro-Wilk's test. Hvis datavariabel var normalfordelte anvendtes gennemsnit, standarddeviationer samt t-test til sammenligning af gennemsnit. Hvis datavariabel ikke var normalfordelte, anvendtes medianer og range samt non-parametrisk statistik i form af Wilcoxon Rank Sum test.

Dataanalyse blev foretaget i SAS version 9.4 og grafer udarbejdet i Microsoft Excel.

2. Resultater

Som nævnt i del 1, inkluderes i analysen alene deltagere, som har nået 18 mdr. follow up, dvs. 28 i indsatsgruppen og 26 i kontrolgruppen.

2.1 Demografi

Demografiske data for deltagerne kan ses i tabel 2.2.1. Der var ingen forskel i kønsfordeling, etnicitetsfordeling, civilstand, tolkebehov, sprogkunderskaber, uddannelse eller antal år i ordinært arbejde mellem indsats- og kontrolgruppen ved inklusion.

Tabel 2.2.1. Demografiske data.

	Kontrolgruppe (n=26)	Indsatsgruppe (n=28)	p
Kvinde, n (%)	17 (65)	19 (68)	ns
Alder, gennemsnit (std)	45 (12,1)	39 (9,2)	0.03
Over 30 år, n (%)	21 (80)	23 (82)	ns
Etnicitet			
Etnisk dansk, n (%)	11 (42)	12 (43)	ns
Vestlig indvandrer, n (%)	2 (8)	0 (0)	ns
Efterkommer, n (%)	2 (8)	3 (11)	ns
Ikke-vestlig indvandrer, n (%)	11 (42)	13 (46)	ns
Tolkebehov, n (%)	6 (23)	5 (18)	ns
Civilstand, n (%)			
Bor uden partner (enlig, fraskilt), n (%)	16 (62)	19 (68)	ns
Gift/samlevende med partner, n (%)	10 (38)	9 (32)	ns
Uddannelse			
Førskole, n (%)	0 (0)	0 (0)	ns
Grundskole 1.-6. kl. , n (%)	3 (12)	2 (7)	ns
Grundskole 7.-9. kl. , n (%)	6 (23)	9 (32)	ns
Grundskole 10. kl. , n (%)	3 (12)	0 (0)	ns
Erhvervsuddannelse, n (%)	5 (19)	10 (36)	ns
Gymnasial uddannelse, n (%)	1 (4)	1 (4)	ns
Kort videregående uddannelse, n (%)	2 (8)	3 (11)	ns
Mellemlang videregående uddannelse, n (%)	1 (4)	0 (0)	ns
Lang videregående uddannelse, n (%)	0 (0)	0 (0)	ns
Forskeruddannelse, PhD, n (%)	0 (0)	0 (0)	ns
Anden uddannelse, n (%)	5 (19)	3 (11)	ns
Uddannelse ud over folkeskole, n (%)	12 (46)	11 (39)	ns
Antal år i ordinært arbejde, median (range)	9 (0-38)	10 (0-35)	ns
Andel i ressourceforløb, n (%)	5 (19)	11 (39)	0.045

2.2 Beskæftigelsesstatus

Ved inklusion modtog samtlige deltagere i de to grupper kontanthjælp. Én i indsatsgruppen modtog supplerende kontanthjælp og havde et mindre antal ordinære timer. Yderligere to i kontrolgruppen og to i indsatsgruppen var i praktik.

Ved 6 mdrs. follow up modtog samtlige deltagere i både indsats- og kontrolgruppen fortsat kontanthjælp, uddannelseshjælp eller ressourceforløbsydelse (herefter alene benævnt kontanthjælp) svarende til ved inklusionen; ingen var således blevet afklaret til job/uddannelse eller til førtidspension i løbet af de 6 mdr. Dog var én i indsatsgruppen flyttet fra kommunen.

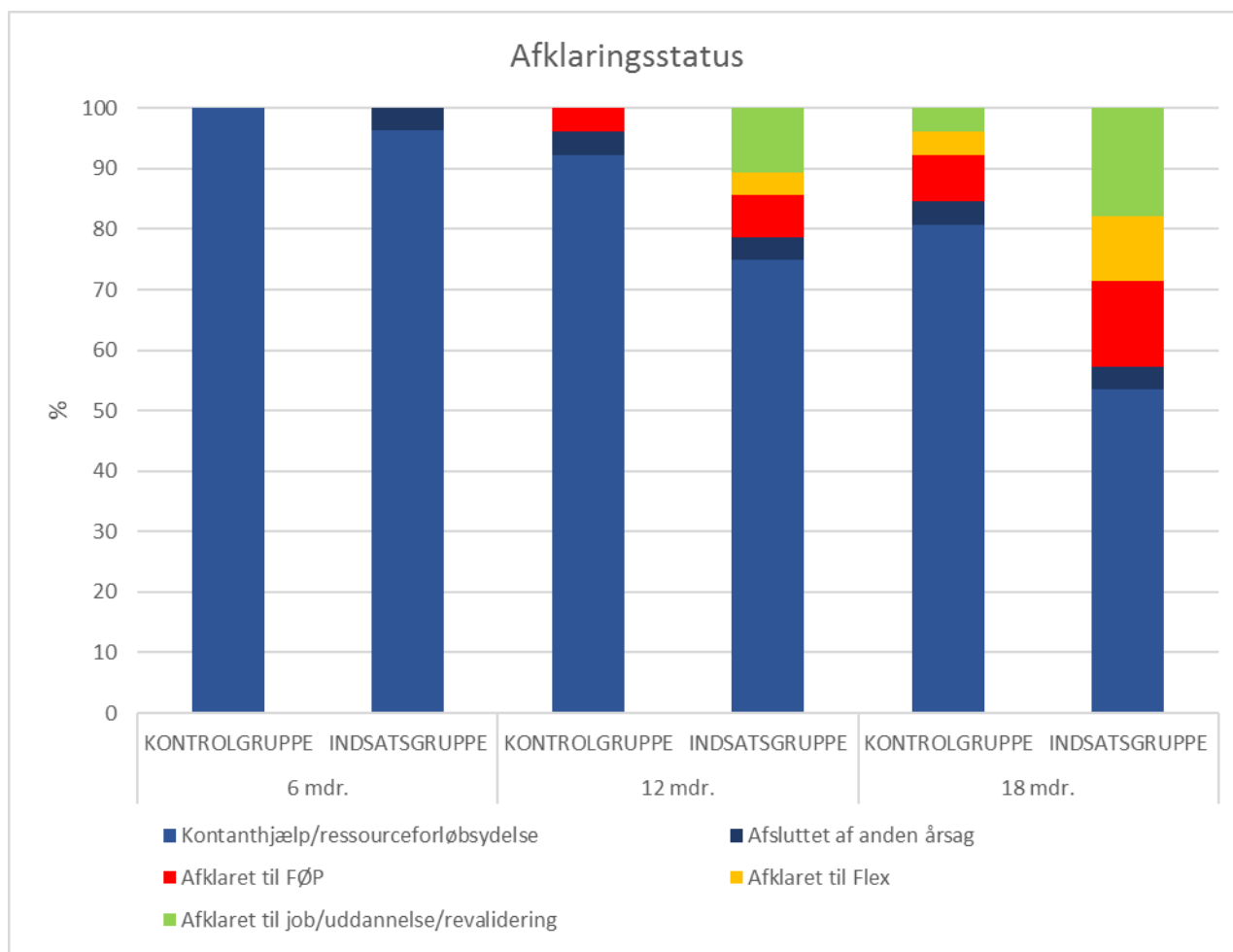
Ved 12 mdrs. follow up var på grænsen til signifikant flere i indsatsgruppe afklaret til job/uddannelse end i kontrolgruppen (14 vs. 0%, $p=0.07$), ligesom på grænsen til signifikant flere i var blevet afklaret fra kontanthjælp, dvs. inkl. afklaring til førtidspension (21 vs. 4%, $p=0.055$).

Ved 18 mdrs. follow up var signifikant flere i indsatsgruppen afklaret til job/uddannelse end i kontrolgruppen (29 vs. 8%, $p=0.04$), ligesom signifikant flere var blevet afklaret fra kontanthjælp (43 vs. 15%, $p=0.03$). Fordelingen af, hvordan deltagerne er afklaret efter hhv. 6, 12 og 18 mdr. kan ses i figur 2.2.1

samt i tabel 2.2.2.

Der var ikke signifikant forskel på disse tal ved eksklusion af de deltagere, som var flyttet fra kommunen (data ikke vist).

Figur 2.2.1 Afklaringsstatus for kontrol- hhv. indsatsgruppe efter 6, 12 og 18 mdr.



Tabel 2.2.2 Afklaringsstatus og aktivitet ved hhv. 6, 12 og 18 mdrs. follow up for kontrol- (K; n=26) hhv. indsatsgruppe (I; n=28).

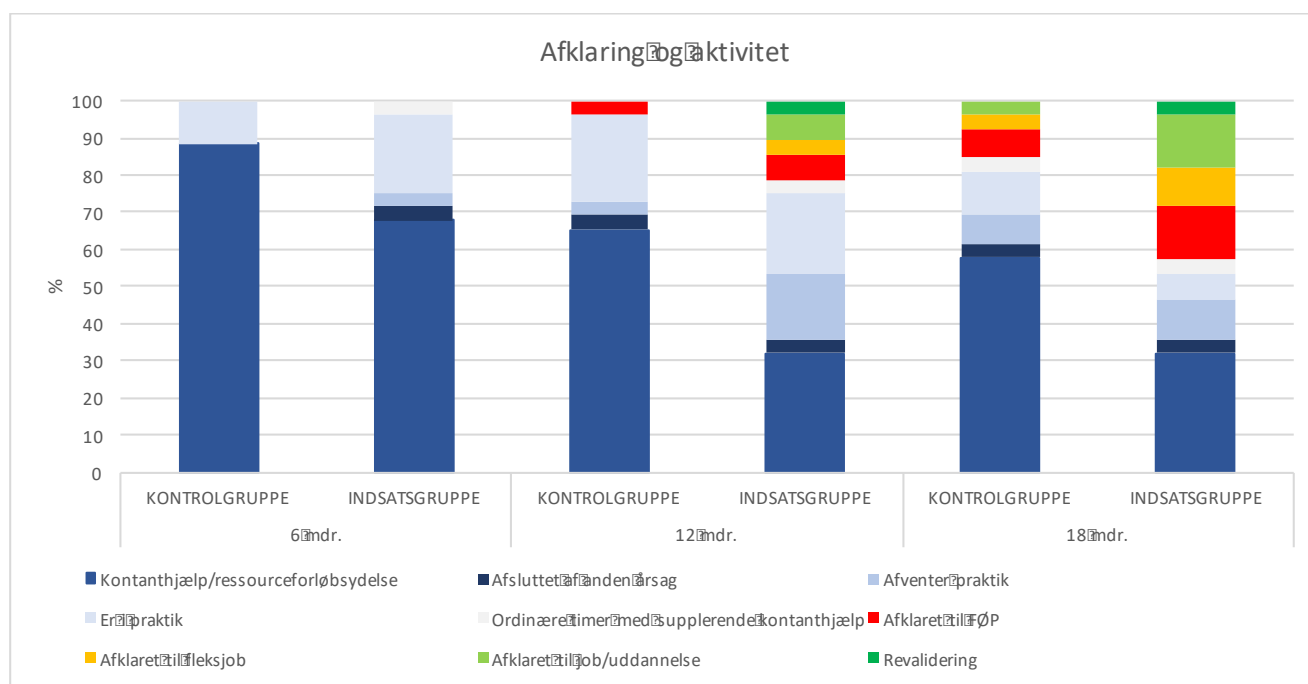
Mdr.	0		6		12		18	
Gruppe	Kontrol	Indsats	Kontrol	Indsats	Kontrol	Indsats	Kontrol	Indsats
Kontanthjælp/RFY	26 (100)	28 (100)	26 (100)	28 (100)	25 (96)	22 (79)	22 (85)	16 (57)
heraf:								
- I praktik	2	2	3	6	6	6	3	2
- Afventer praktik	0	0	0	1	1	5	2	3
- Ordinære timer	0	1	0	1	0	1	1	1
- Afsluttet, andet	0	0	0	1	0	1	1	1
FØP	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	2 (7)	2 (8)	4 (14)
Fleksjob	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	1 (4)	3 (11)
Jobparat	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (7)	1 (4)	4 (14)
Revalidering	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	1 (4)

Figur 2.2.2 viser, ud over informationerne fra figur 2.2.1, også andelen af deltagere med progression mod afklaring eller job/uddannelse, dvs. også dem, som er i praktik eller som afventer praktikplads (sidstnævnte da der var ventetid på jobkonsulenttilknytning).

Antallet af deltagere med progression mod job (dvs. afklaret til ordinær beskæftigelse/uddannelse, revalidering, fleksjob, med ordinære timer og supplerende kontanthjælp, i eller afventende praktik) var i indsatsgruppen hhv. kontrolgruppen 7 (25%) hhv. 3 (12%), $p=0.20$ ved 6 mdrs. follow up, 16 (57%) hhv. 7 (27%), $p=0.03$ ved 12 mdrs. follow up og 14 (50%) hhv. 8 (31%), $p=0.15$ ved 18 mdrs. follow up.

Antallet af deltagere med progression mod afklaring (dvs. som ovenfor, men inkl. førtidspension) var i indsatsgruppen hhv. kontrolgruppen 3 (12%) hhv. 7 (25%), $p=0.20$, ved 6 mdrs. follow up, 18 (64%, heraf 2 afklaret til førtidspension, 1 afklaret til fleksjob, 2 afklaret til job eller uddannelse, 1 afklaret til revalidering, 1 med ordinære timer og supplerende kontanthjælp og 11 i eller afventende praktik) hhv. 8 (31%, heraf én afklaret til førtidspension, de øvrige i eller afventende praktik), $p=0.01$. ved 12 mdrs. follow up og 18 (64%, heraf 4 afklaret til førtidspension, 3 afklaret til fleksjob, 4 afklaret til ordinært job eller uddannelse, 1 afklaret til revalidering, 1 med ordinære timer og supplerende kontanthjælp og 5 i eller afventende praktik) hhv. 10 (38%, heraf 2 afklaret til førtidspension, 1 afklaret til fleksjob, 1 afklaret til ordinært job eller uddannelse, 1 med ordinære timer og supplerende kontanthjælp og 5 i eller afventende praktik), $p=0.057$.

Figur 2.2.2 Beskæftigelsesstatus inkl. status ift. praktik for kontrol- hhv. indsatsgruppe efter 6, 12 og 18 mdr.



2.3 Spørgeskemadata

Da der må tages væsentlige forbehold for resultaterne af spørgeskemadata, behandles disse overordnet. De samlede resultater fra spørgeskemadata fremgår af bilag 2.2.

Der var ingen signifikant forskel ved baseline mellem deltagerne i kontrolgruppens hhv. indsatsgruppens vurdering af egen forsørgelsesprognose om hverken 1, 2, 5 eller 10 år. Samlet set vurderede 43% af

deltagerne, at de ville komme i ordinært arbejde efter 10 år og yderligere 26% vurderede, at de ville komme i fleksjob, og ca. 13 % vurderede, at de fortsat ville være fuldt offentligt forsørgede om 10 år. Se figur 2.3.1. Af figur 2.3.2 ses også, at kontrolgruppens- og indsatsgruppens vurdering af forsørgelsesprognose følges rimeligt godt ad.

Ved 6 mdrs. follow up vurderede flere deltagere i kontrolgruppen, at de ville være på offentlig forsørgelse om 2 år ift. i indsatsgruppen (67 vs. 33%, $p=0.02$), hvilket også var på grænsen til signifikant ved deres vurdering af deres forsørgelse efter 5 år (46 vs. 22%, $p=0.07$). Færre deltagere i kontrolgruppen vurderede, at de ville være i fleksjob om 2 år ift. i indsatsgruppen (21 vs. 52%, $p=0.02$). Der var således en tendens til, at deltagerne i indsatsgruppen ved follow up i mindre grad vurderede, at de ville være på offentlig forsørgelse og i højere grad, at de ville være i fleksjob eller i ordinært arbejde end deltagerne i kontrolgruppen.

Det kan indikere, at det i højere grad er lykkedes at bevare deltagerne i indsatsgruppens tro på egen arbejdsevne end det var tilfældet i kontrolgruppen.

5.4 Diskussion

5.4.1 Beskæftigelsesstatus

Vi havde forventet, at det i løbet af indsatsperiodens 6 måneder ville lykkes at få 10% afklaret til job eller fleksjob. Dette lykkedes dog ikke, og ingen deltagere i nogen af grupperne skiftede status i løbet af de første 6 måneder. Dette er både påfaldende, at ingen kommer i beskæftigelse, selv efter 6 mdrs. intensiv indsats, og påfaldende at ingen er afklaret efter de 6 mdr. Det tyder dels på, at sagsbehandlingstiden i kommunerne er langvarig, og dels på det kræver længere tid end forventet at hjælpe denne gruppe mod beskæftigelse.

Efter 12 måneder viste sig en tendens til, at flere deltagere i indsatsgruppen var blevet afklaret ift. kontrolgruppen (21% vs. 4%, $p=0.055$), at flere i indsatsgruppen var afklaret til beskæftigelse/uddannelse end i kontrolgruppen (14% vs. 0%, $p=0.07$). Forskellen mellem indsats- og kontrolgruppen blev signifikant ved 18 måneders follow up for både afklaring (43% vs. 15%, $p=0.03$) og afklaring til beskæftigelse/uddannelse (29% vs. 8%, $p=0.04$).

Tallene var dog fortsat lavere end forventet ift. effektmålene (tabel 4.2). Dette afspejler formentlig dels, at der er tale om en kompleks gruppe, som det tager længere tid end vi forventede at rykke imod beskæftigelse, dels at vores målgruppe endte med at blive "tungere" (dvs. flere med mere end 5 år på overførselsindkomst) end oprindeligt planlagt, og dels at vores forventninger til effekt var for optimistiske.

Alt i alt tyder resultaterne på, at 6 måneders socialmedicinsk indsats til aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere har potentiale til at fremskynde afklaring, herunder til beskæftigelse/uddannelse, men at effekten først viser sig på den længere bane.

Resultatet skal dog tages med forbehold. Især er det betydningsfuldt, at deltagerne ikke kunne blindes for om de var i kontrol- eller indsatsgruppen, hvorfor en del af effekten formentlig skyldes selve det, at der blev gjort en ekstra indsats for deltagerne i indsatsgruppen i det hele taget og ikke nødvendigvis indsatsen i sig selv.

Herudover var studiepopulationen meget lille, hvilket gør resultaterne let påvirkelige af selv en enkelt statusændring; ændringerne var dog statistisk signifikante.

Endelig har studiet alene vist, at deltagerne i indsatsgruppen blev hurtigere afklaret, også til beskæftigelse.

Studiet kan dog ikke sige noget om, hvorvidt indsatsen reelt fik nogen i arbejde og ej heller om der skabes stabil arbejdsmarkedstilknytning på længere sigt. For at undersøge dette, vil det være nødvendigt med en opfølgende undersøgelse.

Resultatet skal ses i lyset af, at 6 måneders indsats for mange deltagere i indsatsgruppen vurderedes at være for lidt. En længere indsats kunne således tænkes at føre til endnu stærkere resultater. Endvidere var der i flere tilfælde ventetid på tilknytning af virksomhedskonsulent og praktikplads. Resultaterne vidner om, at processen mod afklaring for målgruppen er langvarig; også længere end både sagsbehandlere og især deltagerne ser ud til at have forventet, ud fra deres besvarelser i spørgeskemaerne. Dette kan i sig selv være problematisk, da tidligere studier har vist, at længere ventetid medfører nedsat motivation og tiltro til egne arbejdsevner.

Se desuden konklusion og perspektivering, del 4.

5.4.2 Spørgeskemadata

Da data fra spørgeskemaerne skal tolkes med betydelige forbehold, nævnes hér blot de væsentligste tendenser.

Der sås ikke betydelige forskelle mellem indsatsgruppens- og kontrolgruppens vurdering af deres forsørgelsesprognose ved baseline. Ved follow up så det ud til, at kontrolgruppens vurdering af egen forsørgelsesprognose var blevet dårligere, hvilket stemmer overens med litteraturen, der, som ovenfor nævnt, har vist, at ventetid over længere perioder uden fremgang medfører markant nedsat motivation og tiltro til egne arbejdsevner. Dette var imidlertid ikke tilfældet for indsatsgruppen, hvilket tyder på, at indsatsen bidrog til at opretholde deltagerne tro på egne evner.

Det var karakteristisk, at deltagerne i indsatsen efter endt indsats i skiftede deres beskæftigelsesperspektiv til fleksjob frem for fuld offentlig forsørgelse eller fleksjob. Dette kan skyldes, at deltagerne i løbet af indsatsen blev mere bevidste om deres problematikker og om systemets muligheder.

Ligeledes var det karakteristisk, at deltagerne i begge grupper forventede hurtigere afklaring, både end sagsbehandlere gjorde, men også end hvad der viste sig muligt i praksis. Dette illustrerer en grundlæggende problematik i systemet, som også ifølge den kvalitative undersøgelse opleves af deltagerne som en væsentlig frustration, nemlig den at forløbene ofte bliver meget langstrakte.

Der fandtes ikke at være yderligere interessante observationer, som kunne drages fra spørgeskemadata (fraset deltagerne vurdering af indsatsen, se del 3C).

DEL 3B: KVALITATIV DEL

Ishøj-projektet: Et pilot-studie

*November 2017
Kirstine Fristed Binger*

1.0 Metode

1.1 Baggrund for den kvalitative del

Indsatser som Ishøj-projektet afrapporteres ofte med en primært sociologisk tilgang, og har ofte haft begrænset fokus på efterfølgende implementering i kommunerne. Dertil kommer, at størstedelen af den hidtidige effektforskning har været afgrænset til at anvende indikatorer som beskæftigelse/selvforsørgende og påbegyndt uddannelse – og om dette er på grund af aktiveringen.²⁰ Det har således været ønsket at studere effekten af indsatsen med en lægevidenskabelig tilgang til design, analyse og afrapportering.

Effekten af Ishøj-projektet vurderes dels kvantitativt ved sammenligning af beskæftigelsesstatus samt spørgeskemaderiverede data. En generel udfordring ift. kvantitativ effektmåling og evalueringer af interventioner er, at der for det første er forudbestemte mål for effekt og der er derfor ikke mulighed for at identificere uforudsete positive/negative effekter. Hertil kommer, at det ikke alene på baggrund heraf er muligt at konstatere sammenhænge eller kausalitet mellem indsats og effekt. Endelig er ethvert møde mellem velfærdsstatens fagprofessionelle og borgere påvirket af faglige logikker, præmisser m.v., hvorfor der er en lang række områder, som den kvantitative effektmåling ikke kan give information om.²¹

Som led i pilotprojektet blev det derfor besluttet, at der skulle foretages en kvalitativ undersøgelse af borgerens oplevelse - både af det almindelige forløb i jobcenteret og af indsatsen i Ishøj-projektet.

Kvalitativ forskning om beskæftigelsesindsatser har været begrænset og en konsekvens heraf er, at der sjældent fokuseres på beskæftigelsesindsatsen og dens konsekvenser fra borgerens synspunkt.^{22,23} Langtidsledige og kontanthjælpsmodtagere er væsentlige aktører i beskæftigelsesindsatsen, men aktørperspektivet er sjældent repræsenteret²⁴ til trods for, at der er empirisk og teoretisk belæg for, at borgeren ligger inde med værdifuld information. Denne form for viden er central for en vurdering af resultaterne af sociale indsatser på forskellige politikområder.²⁵

Dertil er en styrke ved en eksplorativ kvalitativ evaluering, at det ikke på forhånd er afgrænset, hvori effekten må bestå. Det betyder, at borgere har mulighed for at definere, hvad de anser for betydningsfuldt. Denne indsigt bibringer en vigtig indsigt i projektets styrker og svagheder og som led i pilotprojektet blev det derfor besluttet, at der skulle foretages en undersøgelse af borgerens oplevelse - både af det almindelige forløb i jobcenteret og af indsatsen i Ishøj-projektet.

1.2 Formål og kvalitativ metode

Ved follow up blev gennemført et kvalitativt studie mhp. at belyse borgeroplevelsen og dermed i størst muligt omfang at sætte egne og andres teoretiske og empiriske forforståelse i baggrunden. Gennem dataindsamling og analyse af empiri ønskede man at fange kompleksiteten i den virkelighed, der ikke kan forstås eller forklares i enkle, kausale sammenhænge.

²⁰ Se fx Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2003; Arbejdsministeriet 2000; Arendt 2014; Arendt et al. 2016; Bach 2002a, 2002b; Bolvig et al., 2001; Christensen, 2002; Graversen 2011, 2012; Graversen & Weise, 2001; Hohnen et al., 2007; Klüve 2010; Toomet 2006;

²¹ Mik-Meyer & Villadsen 2007

²² Hohnen et. al., 2007

²³ Eskelinen & Olesen, 2010

²⁴ Eskelinen & Olesen, 2010: 23

²⁵ Pawson & Tilley 1997; Blom & Morén 2007, 2009; Koivisto 2007, 2008; Ejrnæs & Guldager 2008

Der eksisterer ikke en veletableret tilgang til kvalitativ effektmåling af sociale indsatser.²⁶, blev det besluttet at anvende en såkaldt Grounded Theory tilgang. Denne metode vurderedes bedst at understøtte undersøgelsens formål, idet man ønskede at få indsigt i borgerens oplevelse og viden om de processer, mekanismer og relationer, hvorigennem indsatsen får positiv/negativ virkning.

Grounded Theory er udviklet af to amerikanske sociologer, Barney G. Glaser og Anselm L. Strauss i 1967.²⁷

Metoden er udviklet med henblik på at reducere afstanden mellem teoretisk og empirisk forskning, og betragtes som en induktiv metode, der dog inddrager deduktive elementer som en del af analyseprocessen. Der er tale om et forsøg på at lade "data tale" og dermed i størst muligt omfang at sætte egne og andres teoretiske og empiriske forforståelse i baggrunden. Gennem dataindsamling og analyse af empiri genereres en teori, om det undersøgte område.²⁸

Videnskabsteoretisk har metoden rødder i den symbolske interaktionisme, som er en sociologisk tradition navngivet af sociologen Herbert Blumer i slutningen af 1930'erne.²⁹ I denne tradition kan vores handlinger ikke forstås isoleret fra den kontekst, hvori de foregår. Menneskers adfærd anses for en proces, hvor deltagerne i en sproglig "symbolsk" interaktion skaber og forhandler, hvordan en given situation eller tema skal forstås. Den sociale kontekst anses altså for et system af symbolske handlinger hvor individers opfattelser og adfærd undersøges i deres naturlige sociale verden.³⁰ Inden for denne tilgang er virkeligheden konstrueret og opfattes således ikke som en objektiv realitet, hvilket bidrager til denne kvalitative undersøgelses ambition, om at nå ind til borgernes oplevelse.

Formålet med grounded theory er at fange kompleksiteten i den virkelighed, der ikke kan forstås eller forklares i enkle, kausale sammenhænge.³¹ Til forskel fra mange kvalitative forskningsmetoder er det i grounded theory ikke kun det, at finde mening i dataet men, at kunne skabe nye teoretiske forklaringsmodeller, der gør det muligt både at forstå og forklare sammensatte fænomener: "Disse forklaringsmodeller består af antagelser, som ganske vist ikke er videnskabeligt beviste, men som er godt forankrede i empirisk data".³²

Det særegne ved grounded theory tilgangen er, at dataindsamling, dataanalyse og inklusion af deltagere foregår sideløbende. Dette tillader en eksplorativ tilgang, samtidig med, at processen leder til en såkaldt middle-range-teori, dvs. en teori, som er situationsspecifik, og som beskæftiger sig med en mindre del af et givent fagområde. På baggrund af interviews med borgerne fra Ishøjprojektet er det således ved hjælp af grounded theory muligt at fange og undersøge kompleksiteten i deres virkelighed.

Modsat mange andre kvalitative tilgange tager en grounded theory-tilgang ikke afsæt i et fokuseret forskningsspørgsmål, men derimod i en problembeskrivelse: Denne er fokuseret mod sociale strukturer og dynamikkens indflydelse på, hvordan betydning og mening forhandles og forstås gennem sociale interaktioner. Processen indledes med en teoretisk sampling, hvor der afholdes indledende interviews, der skal afgøre, hvor mange interviews der bør afholdes i hele forløbet.

²⁶ Eskelinen & Olesen, 2010

²⁷ Glaser & Strauss 1967

²⁸ Glaser & Strauss 1967

²⁹ Blumer 1998

³⁰ Blumer 1998

³¹ Guvå & Hylander, 2005

³² Guvå & Hylander, 2005: 9

1.2 Dataindsamling

1.2.1 Informanter

Der blev udarbejdet en liste over alle deltagere i projektet inddelt efter alder, køn og etnicitet.³³ Derefter blev sagsbehandlere i kommunen samt forløbskoordinatorer på SC bedt om at vurdere, hvilke af deltagerne, det var etisk forsvarligt at kontakte. Deltagerne blev derefter kontaktet efter en tilfældig liste med tilfældig fordeling inden for hvert stratum af randomiseringen. Af praktiske årsager blev deltagere, som havde behov for tolk, fravalgt. Kun borgere med afsluttede forløb blev udvalgt. Deltagerne blev kontaktet via telefon, hvor det blev gjort klart, at det var frivilligt og anonymt at deltage i undersøgelsen.³⁴

Det var ikke på forhånd besluttet hvor mange interviews der skulle foretages men i alt 32 borgere blev kontaktet i løbet af undersøgelsen. Af disse var der fire borgere der ikke ønskede at deltage. Disse borgere var alle blandt kontrolgruppen. Tre ud af disse fire af borgere var kvinder og to havde anden etnisk baggrund end dansk.

1.2.2 Interviews

Med henblik på at højne undersøgelsens validitet blev det besluttet at lave både individuelle- og fokusgruppeinterviews, og altså en form for triangulering. De individuelle interviews kunne gå i dybden med begreberne mens fokusgruppeinterviews kunne give indsigt i gruppens forhandlen og interaktion omkring emnerne og teorierne kunne afprøves.³⁵

Jf. Grounded Theory metoden var det ikke på forhånd besluttet hvor mange interviews der skulle foretages, og der blev afholdt interviews indtil mætning var opnået, dvs. da der ikke længere fremkom nye informationer ved interviews af yderligere informanter.

Processen forløb herudover i følgende faser med informanter fra både indsats- og kontrolgruppen: 1) Indledende teoretisk sampling i form af ustrukturerede interviews, 2) Individuelle interviews i form af semi-strukturerede interviews med interviewguide baseret på den indledende teoretiske sampling og dannelse af teoretiske kodninger, 3) Fokusgruppe interview med formål at opnå empirisk data, der understøttede eller afviste de teoretiske kodninger, med henblik på kategoridannelse., 4) Afsluttende interviews.

1.3 Analyse

1.3.1 Sideløbende analyse og teoretisk mætning

Analysen begyndte så snart det første interview var afholdt og transskriberet. Det var således ikke på forhånd besluttet hvor mange interviews der skulle foretages men nedenfor ses, hvor mange interviews der samlet blev afholdt:

1. Indledende teoretisk sampling med tre informanter fra indsats- og kontrolgruppen.³⁶
2. Individuelle interviews med tre informanter fra indsats- og kontrolgruppen.³⁷
3. Fokusgruppe interview med tre informanter fra indsats- og kontrolgruppen, hvor kun to informanter deltog fra indsatsgruppen og tre fra kontrolgruppen.³⁸

³³ Se bilag 27

³⁴ Se bilag 29 og 30

³⁵ Halkier, 2002: 18

³⁶ Se bilag 1-6

³⁷ Se bilag 9-14

³⁸ Se bilag 17 og 19

4. Afsluttende interviews med to informanter fra indsats- og kontrolgruppen, hvor en informant fra kontrolgruppen ikke dukkede op.³⁹

Analyseprocessen har således været karakteriseret ved indledningsvis at være induktiv, idet data anvendes som udgangspunkt for teoridannelsen. Gennem hele analyseprocessen blev den begyndende teori afprøvet på de nye data, der blev inkluderet, og fik hermed en mere deduktiv karakter.

Formålet med databearbejdningen var at identificere ligheder og forskelle i datamaterialet og analysen fortsatte til, at yderligere datamateriale begyndte bekræftede teorien og ikke tilføjet nye variationer. Hermed teoriens begreber mættede. Rent praktisk foregik dette gennem en kodningsproces, der er beskrevet forskelligt i forskningslitteraturen. Følgende har været metoden i nærværende studie:

1. Først blev der foretaget en tekstnær kodning, hvor der åbent blev søgt efter begreber og temaer (teoretiske muligheder), der kunne udforskes yderligere.⁴⁰ Koderne blev derefter søgt formuleret som handlinger, så det blev menneskets interaktion med omverden og studiets emne blev fastholdt.⁴¹
2. Herefter fulgte en række sekundære kodninger, som havde til formål at finde sammenhænge med henblik på at skabe teoretiske kategorier og underkategorier.⁴²
3. Endelig blev der, på baggrund af to fokusgruppe interviews identificeret en række kernekategorier,⁴³ som blev endeligt mættet i individuelle interviews.⁴⁴

Sammenfattende skabes gennem analyseprocessen mønstre mellem udsagn som direkte eller indirekte kobler forskellige hændelser, handlinger og perspektiver på borgerenes oplevelser af systemet. En kernekategori indkredser ideelt set det væsentligste fra alle data og skaber dermed grundlaget for dannelsen af den teori, som forklarer de sociale processer, der undersøges. Der dannes altså kategorier på flere niveauer i analyseprocessen, og målet er at nå frem til en eller flere kategorier på begrebsniveau, så resultatet bliver en teori.⁴⁵ Da der efterhånden ikke dukkede nye temaer op under disse interviews ansås dataet for mættet i en grad, at begreber og teorier kunne afprøves under fokusgruppe-interviews. På baggrund heraf blev dataet endeligt mættet i to individuelle interviews med informanter fra hhv. Indsats- og kontrolgruppen.

1.3.2 Individuelle interviews

Den teoretiske sampling bestod af seks interviews med tre informanter fra hhv. indsats- og kontrolgruppe. Disse interviews var ustrukturerede interviews, som er karakteriseret ved 1) at de forløber som en ustruktureret samtale, 2) at der ikke er forberedt spørgsmål, men dog en række temaer, der ønskes diskuteret, 3) at interviewerens spørgsmål løbende tilpasses, og 4) at nye temaer kan inddrages og udelukkes efter behov.⁴⁶ Interviewpersonerne kunne således i videst muligt omfang komme med selvstændige beskrivelser med mindst mulig påvirkning fra min forforståelse.⁴⁷

³⁹ Se bilag 22-24

⁴⁰ Se bilag 7

⁴¹ Ibid.

⁴² Se bilag 15

⁴³ Se bilag 18 og 20

⁴⁴ Se bilag 25

⁴⁵ Guvå & Hylander, 2005: 69

⁴⁶ Andersen et. al., 2010: 149

⁴⁷ Andersen et. al., 2010: 178

På baggrund heraf blev der løbende identificeret nye temaer som derefter kunne indgå i en interviewguide til de semi-strukturerede interviews. Disse bestod ligeledes af i alt seks interviews, tre fra hhv. indsats- og kontrolgruppe.⁴⁸ Disse semi-strukturerede interviews havde en vis struktur (der dog kunne fraviges) og tog udgangspunkt i en interviewguide, der løbende blev tilpasset efter hvert interview.⁴⁹ Disse interviewguides omfattede, grundet de opnåede koder og temaer fra den første interviewproces, en række forskellige spørgsmålstyper, herunder åbne og indledende spørgsmål, informationssøgende spørgsmål, direkte såvel som indirekte spørgsmål, sonderende spørgsmål samt narrative spørgsmål.⁵⁰

1.3.3 Fokusgruppeinterviews

Valget om at inddrage fokusgruppeinterviews blev som nævnt truffet med henblik på triangulering da det, der adskiller individuelle og gruppe-interviews fra fokusgrupper er, at interviews typisk involverer en høj grad af styring og interaktion mellem interviewer og interviewpersoner, herunder i form af mange direkte spørgsmål. Håbet i en fokusgruppe er, at der vil være en høj grad af interaktion mellem interviewpersonerne, idet formålet med en fokusgruppe er, at informanterne "træder ud af hverdagens handlingsorienterede flow og indtager en reflekterende indstilling til deres hverdagslige adfærd. Fokusgruppen er derfor velegnet til at afdække hvordan- og hvorfor- spørgsmål i relation til holdning og i bestemte situationer".⁵¹ Dette var særlig velegnet til at be- eller afkræfte de teoretiske kodninger der var genereret.

Heiselberg sonderer mellem anvendelsesorienterede og videnskabelige fokusgrupper, hvorefter det anvendelsesorienterede fokusgruppeinterview adskiller sig fra det videnskabelige derved, at analysen sætter fokus på diskurser og magtstrukturer:

I det anvendelsesorienterede fokusgruppeinterview har man en mere pragmatisk indstilling til design, analyse og resultater. Årsagen er, at det ypperste formål med en anvendelsesorienteret undersøgelse er, at resultatet kan bruges i en konkret sammenhæng. Derfor skal resultaterne kunne omsættes til praksis og implementeres her og nu.⁵²

Denne pragmatiske tilgang er i overensstemmelse med nærværende undersøgelses metodiske grundlag, hvorfor dette ligeledes har været udgangspunktet under udviklingen af fokusgruppeinterviewenes design. Dette følger ligeledes af, at informanterne til denne undersøgelse er ikke nødvendigvis vant til at "træde ud af hverdagens handlingsorienterede flow" og diskuterer emner på denne måde.

Interviewguiden⁵³ blev udviklet på baggrund af de teoretiske kodninger der var identificeret på baggrund af mætningsinterviews.⁵⁴ Hensigten med fokusgrupperne var således at opnå empirisk data der understøttede eller afviste de teoretiske kodninger, med henblik på kategoridannelse.

⁴⁸ Se bilag 8

⁴⁹ Kvale, 1997: 134

⁵⁰ Andersen et. al., 2010: 155 og Kvale, 1997: 137-38

⁵¹ Heiselberg 2008: 94

⁵² Ibid.

⁵³ Se bilag 16

⁵⁴ Se bilag 15

1.4 Metodologiske overvejelser

Helt overordnet er formålet med denne rapport at få borgernes perspektiv. Alle konklusioner, anbefalinger mv. er derfor baseret på borgernes udtalelser. Rapporten indeholder derfor ingen faglige vurderinger, ej heller teoretiske perspektiver.

Informanterne er desuden subjekter i deres egne fortællinger, hvorfor fortællingerne sjældent er entydige. Dertil kommer, at deltagergruppen er bred, hvilket på den ene side har givet anledning til en vis "støj" i resultaterne, men samtidig mulighed for at undersøge borgerens oplevelse af indsatsen i en virkelighedstro setting, frem for i en specifik isoleret intervention i en reduktionistisk forsøgssetting.

Da denne undersøgelse blev planlagt blev det endvidere af kapacitetsmæssige grunde besluttet, at der udelukkende skulle anlægges et borger-perspektiv. Dette giver naturligvis udfordringer relateret til, at problemstillingerne risikerer at blive individualiseret og, at ansvaret således placeres på den enkelte borger og ikke ses som et samspil med "systemet" - dette både positivt og negativt. Dette betyder desuden, at undersøgelsen ikke forholder sig til gældende lovgivning, ej heller det konkrete indhold af forskellige former for aktivering, ressourceforløb mv. Endelig forholder nærværende undersøgelse sig heller ikke til tilgængelig viden og teori på området for så vidt angår indhold og findings, da det er en situationsspecifik undersøgelse.

Endelig er konsulenten bag undersøgelsen ekstern og har foretaget undersøgelsen med meget lidt forudgående kendskab til interventionernes indhold. Dette med henblik på at minimere bias og altså for at konsulentens eller andre involveredes bevidste eller ubevidste præferencer eller formodninger om, hvad konsulenten ville finde, ikke skulle påvirke undersøgelsen. Konsulenten er humanist og er bevidst om egen baggrund som hverken sundheds- eller socialfaglig.

1.5 Datahåndtering og etik

Interviews blev transskriberet af sekretær ved Socialmedicinsk Enhed, Frederiksberg med henblik på kodning men er ikke tilgængelig for SC's ansatte da de 22 deltagere i projektet er forholdsvist genkendelige.

Citater der på nogen måde vurderes at være afslørende i forhold til, hvem de kommer fra, er udeladt fra denne rapport.

Alle interviews blev afholdt af ekstern forsker, som ingen kendskab havde til indsats eller borgere, men havde erfaring indenfor den anvendte metode. Alle interviews blev optaget på bånd og fuldt transskriberet af en lægesekretær, og analysen begyndte så snart det første interview var afholdt og transskriberet. Analyseprocessen var således karakteriseret ved indledningsvis at være induktiv, idet data anvendtes som udgangspunkt for teoridannelsen. Gennem hele analyseprocessen blev den begyndende teori afprøvet på de nye data, der blev inkluderet, og fik hermed en mere deduktiv karakter.

Mætning blev bestemt gennem en kodningsproces med 1) tekstnær kodning, hvor der åbent blev søgt efter begreber og temaer (teoretiske muligheder), der kunne udforskes yderligere. Koderne blev derefter søgt formuleret som handlinger, så det blev menneskets interaktion med omverden og studiets emne blev fastholdt. 2) Sekundære kodninger, som havde til formål at finde sammenhænge med henblik på at skabe teoretiske kategorier og underkategorier. 3) På baggrund af to fokusgruppeinterviews identifikation af en række kernekategorier, som blev endeligt mættet i individuelle interviews.

2.0 Resultater

2.1 Demografi

Til den kvalitative del blev i alt 32 borgere, som havde afsluttet follow up, kontaktet. Fire borgere, alle fra kontrolgruppen, ønskede ikke at deltage (tre ud af disse fire var kvinder og to var indvandrere fra ikke-vestlige lande).

Otte borgere udeblev fra den aftalte samtale, heraf tre fra kontrolgruppen og fem fra indsatsgruppen. Af disse havde alle anden etnisk baggrund end dansk og syv var kvinder.

Samlet forsøgtes interviews afholdt med 22 borgere og altså lidt over en tredjedel af projektets deltagere. På grund af udeblivelser lykkedes det dog kun at inkludere 20 borgere, ti mænd og ti kvinder.

Demografiske data sammenlignet med totalpopulationen kan ses i tabel 5.1, mens demografiske data for deltagere i indsats- hhv. kontrolgruppen kan ses i tabel 2.1.

Deltagerne i kontrolgruppen var signifikant ældre end i indsatsgruppen. Herudover var der ingen signifikante forskelle mellem grupperne.

Tabel 2.1 Demografiske data for borgerne i den kvalitative undersøgelse

	Kontrolgruppe (n=9)	Indsatsgruppe (n=11)	p
Kvinde, n (%)	4 (44)	6 (55)	ns
Alder, mean (std)	46 (10)	36 (8)	0.03
Over 30 år, n (%)	8 (89)	9 (82)	ns
Etnicitet			
Etnisk dansk, n (%)	6 (67)	6 (55)	ns
Vestlig indvandrer, n (%)	1 (11)	0 (0)	ns
Efterkommer, n (%)	0 (0)	2 (18)	ns
Ikke-vestlig indvandrer, n (%)	2 (22)	3 (27)	ns
Kontanthjælp og lign. i mdr., median (min-max)	34 (2-81)	15 (3-48)	ns
Antal år i ordinært arbejde, median (range)	15 (0-35)	10 (0-20)	ns
Andel i ressourceforløb, n (%)	3 (33)	6 (55)	ns

2.2 Interviews

I det følgende vil undersøgelsens tre underspørgsmål blive besvaret. Først besvares spørgsmål et, og følgelig afdækkes indsats- og kontrolgruppens oplevelse af jobcentret og de dertil knyttede tilbud. Derefter redegøres for indsatsgruppens oplevelse af forløbet på SC. Denne del hviler især på borgernes negative oplevelser og historier om systemet.

I analysens anden del kortlægges borgers behov hvorefter det vurderes, i hvilket omfang der er overensstemmelse mellem borgernes behov og den indsats borgerne modtager hos SC. Borgernes behov hviler i større grad på borgernes positive oplevelser og historier.

De efterfølgende interviews eksplorerede disse spørgsmål, og resultatet af dette præsenteres nedenfor. Til sidst præsenteres de udfordringer, som borgerne i indsatsgruppen beskriver, at der har været i indsatsforløbet.

I tredje del genrerer en teori om, hvilke indsats, mekanismer og relationer, der har været udslagsgivende.

2.2.3 Borgers oplevelse

Borgernes oplevelse af "systemet"

På baggrund af en induktiv analyse af de transskriberede interviews⁵⁵ besvares i det følgende undersøgelsens første underspørgsmål, nemlig hvordan systemet generelt opleves af borgerne og, hvordan indsatsen udgående fra SC opleves af indsatsgruppen. I denne besvarelse indgår både kontrol- og indsatsgruppes fortællinger. Herefter redegøres der for indsatsgruppes oplevelse af forløbet på SC.

Borgernes oplevelse af Jobcentret og de dertil knyttede tilbud

Som det vil blive redegjort for i det følgende kan det på baggrund af interviewmaterialet konstateres, at borgernes oplevelser af jobcentret og de dertil knyttede tilbud er overvejende negative. Det handler især om borgernes oplevelse af systemets indretning, såvel som borgernes oplevelser med interaktionen og kommunikationen med systemet.

"Systemet er et gedemarked"

I relation til systemets indretning er der i interviewmaterialet en lang række eksempler på, at borgerne oplever systemet som forvirrende og drænende. Det synes især at bunde i, at borgerne oplever at blive udsat for mange og skiftende sagsbehandlere.⁵⁶ Dette har en række negative konsekvenser for borgerne.

For det første beskriver borgerne, at de forskellige sagsbehandlere ofte ikke kommunikerer.⁵⁷ Borgerne giver endvidere udtryk for, at det er belastende for dem at skulle fortælle og gengive deres situation til mange forskellige aktører. Borgere beskriver ligeledes, at det at skulle gentage deres historier og forløb medvirker til at fastholde dem i deres sygdoms- og ledighedsidentitet.⁵⁸ I forlængelse heraf beskriver borgerne at det er forvirrende at skulle forholde sig til mange forskellige aktørers mening om deres fremtid.⁵⁹

Sammenfattende beskriver borgerne ofte, at det er "et fuldtidsjob at være syg"⁶⁰ og, at de efterhånden ikke kan magte deres situation med alt hvad den indebærer af aftaler og kommunikation mv.⁶¹

Sammenfattende beskriver en borger det som et "gedemarked":

"Jamen, jeg er sindsforvirret over det, altså. Det er et gedemarked, altså man gør jo bare, hvad man bliver bedt om, ikk."⁶²

På baggrund af ovenstående kan det konstateres, at langtidsledige aktivitetsparate borgere i Ishøj kommune oplever en vis grad af frustration og kaos i deres samarbejde med systemet og, at det især er de mange og skiftende sagsbehandlere, der opleves som frustrerende og som menneskeligt omkostningsfuldt.

⁵⁵ Se bilag 18 og 20

⁵⁶ Bilag 15, s. 56. Se også s. 55 og 90, bilag 18 s. 2 og 35 samt bilag 7, s. 22

⁵⁷ Bilag 19, s. 8. Se også bilag 2, s. 15 og bilag 12, s. 13

⁵⁸ Bilag 6, s. 2. Se også bilag 17, s. 8-9, bilag 7, s. 91 samt bilag 19, s. 9

⁵⁹ Bilag 7, s. 43

⁶⁰ Bilag 17, s. 7

⁶¹ Bilag 24, s. 14, bilag 11, s. 4 samt bilag 17, s. 2

⁶² Bilag 1, s. 12; bilag 7, s. 33 og 43; bilag 19, s. 30

Dertil kommer, at indsatser opleves som fragmenterede. Sammenfattende kan dette medføre at borgerne oplever at miste kontrollen og ikke kan magte deres situation.⁶³

”Systemet mangler sund fornuft”

Ud over, at systemet kan virke uoverskueligt giver borgerne udtryk for, at de oplever, at systemets indretning spænder ben for deres vej tilbage på arbejdsmarkedet. Det handler især om systemets omfattende regelsæt:

*”Jeg hader systemet mere og mere. Fordi det er bare regler, regler, regler.
Der er ikke nogen sund fornuft.”⁶⁴*

Dette kan eksempelvis betyde, at borgeren har et konkret behov eller en problemstilling, som står til at løse men, som hvor løsningen heraf ikke kan finansieres af det offentlige grundet den måde, systemet er indrettet på.⁶⁵

Dertil kommer, at borgerne ikke oplever at sagsbehandlerne er kvalificerede til at hjælpe dem.⁶⁶ Dette kan ifølge borgerne have store konsekvenser for borgernes konkrete forløb samt personlige konsekvenser.

En del borgere oplever desuden at blive sendt ud i praktikker, som er direkte umulige for borgeren at løfte eller som virker meningsløse. Dette kan være fordi borgeren ikke fysisk kan klare den praktikplads, som borgeren er sendt ud i⁶⁷ eller, fordi borgeren bliver sendt i et gruppeforløb til trods for, at borger fx lider af angst for grupper.⁶⁸

Ifølge interviewmaterialet bunder dette i, at sagsbehandlerne i systemet ikke altid ved, hvad de skal gøre for og med borgeren, som derfor oplever at blive ”smidt rundt”.⁶⁹ Det er dog interessant, at dette har to konsekvenser; på den ene side synes dette at medføre, at borgerne resignere og indtager en holdning, der hedder ”vi prøver”, også når borger ved, at det ikke er den rigtige løsning. Dette er omkostningsfuldt for samfundet og opleves som uforståeligt for borgeren, særligt når borgeren har et konkret behov, som ikke kan finansieres.⁷⁰

Dog kan det ligeledes have den konsekvens, at borger helt mister håbet om, at deres situation kan ændres da dette synes at lede til at borgerne resignere.⁷¹

Sammenfattende bidrager dette til, at borgerne kan opleve en række nederlag og kan ende med at miste tilliden til et fremtidigt realistisk og langsigtet arbejdsliv, som kan rumme deres udfordringer. Konsekvensen af dette kan være, at borgeren indtager en mere passiv indstilling og lader sig ”smide rundt” og svarer ”vi prøver”, også selvom borger ved, at det ikke er realistisk.

⁶³ Bilag 7, s. 12. Se også s. 7, 33 og 43 samt bilag 19, s. 30

⁶⁴ Bilag 1, s. 4

⁶⁵ Bilag 7, s. 6 samt bilag 15, s. 33

⁶⁶ Bilag 6, s. 2. Se også bilag 11, s. 5-6

⁶⁷ Bilag 3, s. 2, bilag 17 s. 20, bilag 13, s. 6

⁶⁸ Bilag 5, s. 6 samt bilag 7, s. 33

⁶⁹ Bilag 15, s. 56

⁷⁰ Bilag 11, s. 5, bilag 6, s. 11 samt Bilag 1, s. 17

⁷¹ Bilag 7, s. 9 og 87, samt bilag 24, s.2, og bilag 6, s. 4

Dertil kommer, at ovenstående indikerer, at borgerne ikke oplever en fornuftig eller hensigtsmæssig fordeling og brug af de ressourcer.

”Det er en kamp”

Ud over, at systemet kan virke kaotisk for borgerne, og som manglende sund fornuft, oplever mange endvidere, at de skal kæmpe for deres sag i systemet:

”Jeg føler virkelig, det er en kamp, jeg skulle jo ruste mig til hvert af de her møder, der kommer, hvad kan de finde på at sige, hvad har jeg gjort, og hvad har jeg ikke gjort, og hvorfor har jeg ikke gjort det, hvordan og hvorledes, og hvad siger fagfolkene, hvad siger jeg”, altså sådan hele tiden være på forkant med, hvad sker der nu.⁷²”

I denne forbindelse er der en ganske udpræget tendens til, at borgere ikke oplever at man lytter til dem⁷³ og, at ”de tror, de ved, hvad der er bedst for mig.”⁷⁴ Dette kan fx være i forhold til, om de er klar til at komme på arbejdsmarkedet:

”Mit største problem har i hele den her proces været, at der, hvor jeg kommer til nu, at jeg bliver presset til at komme til at sige ”det kan jeg godt klare arbejdsmæssigt”, og så kan jeg ikke, når det kommer til stykket.⁷⁵”

Nogle borgere har en oplevelse af, at det, at man ikke har lyttet til dem, er den primære årsag til, at deres forløb har udviklet sig negativt. Dette har medført at borgeren oplever at de har fået den forkerte hjælp eller slet ikke har fået den hjælp, de har haft brug for og bedt om.⁷⁶

En del borgere er desuden bange for ikke at få indflydelse på, hvad der kommer til at ske for dem, og nogle borgere giver udtryk for en magtesløshed overfor systemet.⁷⁷

Sammenfattende kan konstateres, at en stor del af borgerne oplever en kamp om tre faktorer, nemlig 1) kampen om, hvorvidt borger gør hvad borger skal, 2) kampen om, hvad det er for et problem borger har og 3) kampen om hvad løsningen på problemet er, hvad borger er i stand til og hvornår.

”Man bliver tabt”

Selvom mange borgere giver udtryk for at de kæmper, er der i interviewmaterialet en lang række eksempler på borgere, der oplever at systemet ikke har kunne hjælpe dem og, at de som en konsekvens heraf bliver tabt:

*”KB: Så føler i jer tabt af systemet?
Borger3: Det gør jeg i hvert fald. [...] Det har jeg følt masser af gange.
Borger1: Det gør jeg også.*

⁷² Bilag 7, s. 90, bilag 6, s. 2, bilag 7, s. 11

⁷³ Bilag 5, s. 1-2

⁷⁴ Bilag 1, s. 11. Se også s. 17 og 18; bilag 15, s. 41

⁷⁵ Bilag 6, s. 12; bilag 4, s. 10

⁷⁶ Bilag 15, s. 99. Se også bilag 3; bilag 4, s. 17; bilag 7, s. 146

⁷⁷ Bilag 7, s. 90

KB: Ja, og hvad betyder det?

Borger3: Det betyder mere sygdom, mere stress og mere depression.⁷⁸

En anden borger beskriver det som at blive "kasseret" som et gammelt tog:

"Borger3: Jeg venter så bare på at komme videre i systemet.

KB: Ok, så du har simpelthen gået siden 2010 uden at blive afklaret?

Borger3: Uden at blive afklaret, ja. Man har på en måde også kasseret mig....[...]

ligesom et tog, der holder ind til siden og er blevet for gammelt,

nu kan det ikke køre mere, så skulle det bare parkeres....[...]

Den ene sendte mig videre til den anden, osv. osv. osv. osv.

indtil jeg havnede der, hvor jeg er i dag.⁷⁹

Når borgere ikke oplever, at der er noget at stille op bliver de fortvivlede.⁸⁰ Især er borgerne frustrerede, når de ikke ved, hvad deres fremtid bringer og ikke er hverken arbejdsprøvede eller afklarede.⁸¹

En del borgere giver således udtryk for, at de oplever, at de "bare er et nummer i rækken".⁸² Dette synes især at handle om, at en stor del af borgerne oplever, at sagsbehandlere kun har ét mål, og det er at få dem i arbejde og, at der ikke er nogen forståelse for borgerens situation.⁸³ Dette gør, at der er en udpræget tendens til, at borgerne oplever at føle sig ligegyldige.⁸⁴ Dertil kommer, at flere borgere oplever man mistænker dem for at udnytte og misbruge systemet.⁸⁵

I forlængelse heraf giver flere borgere udtryk for, at de oplever at det har vidtrækkende menneskelige omkostninger at være langtidsledig kontanthjælpsmodtager. Dette viser sig ved at borgerne har hukommelses-⁸⁶ og koncentrationsbesvær, stress⁸⁷ og, at deres situation fylder så meget i deres bevidsthed, at det kan være svært at tænke på noget andet.⁸⁸ Borgere oplever simpelthen at de ændrer sig:

"Jeg kan mærke igen nu – fx var jeg nødt til at tjekke,

om døren var låst 2 gange derhjemme, og tjekke om jeg havde slukket lyset,

altså jeg glemmer ting, jeg har glemt min taske fx.

Jeg gør alle mulige ting, fordi jeg er bange, jeg er ikke som den, jeg var før.⁸⁹

Sammenfattende indikerer ovenstående, at en del borgere oplever at blive behandlet som et nummer i systemet der, der udnytter systemet.

⁷⁸ Bilag 18, s. 21; bilag 7, s. 89; bilag 2, s. 1-2; bilag 4, s. 18

⁷⁹ Bilag 18, s. 5

⁸⁰ Bilag 2, s. 8. Se også s. 6

⁸¹ Bilag 19, s. 7; bilag 7, s. 44

⁸² Bilag 17, s. 5. Se også bilag 11, s. 10, 17

⁸³ Bilag 17, s. 12. Se også bilag 2; 5; 6; 11; 13

⁸⁴ Bilag 5, s. 5; bilag 15, s. 41; bilag 11, s. 10; bilag 6, s. 5

⁸⁵ Bilag 24, s. S. 4; bilag 15, s. 33-34

⁸⁶ Bilag 1, 2, 3, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 19, 24

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Bilag 24, s. 1

⁸⁹ Bilag 15, s. 29-30; bilag 9 s. 2; bilag 1, 24

Sammenfatning

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at borgernes oplevelse af jobcentret og de dertil knyttede tilbud er overvejende negativ. Kritikken mod systemet er for en stor del rettet mod strukturelle aspekter:

1. Systemet virker uoverskueligt og borgerne oplever at blive "sendt rundt".
2. Borgerne møder for mange og skiftende sagsbehandlere, der ikke er kvalificerede til at hjælpe borgeren.
3. Der mangler kommunikation og samarbejde mellem aktører.
4. Reglerne er uhensigtsmæssige, indsatserne er kortsigtede og til tider meningsløse.

Som konsekvens heraf oplever borgerne at blive tabt af systemet, hvilket har både psykiske og adfærdsmæssige konsekvenser for borgeren og dennes forløb.

På baggrund af interviewmaterialet kan det desuden konstateres, at størstedelen af borgerne oplever, at systemets indretning har vidtrækkende personlige konsekvenser og identificeres som en primær årsag til, at deres forløb har udviklet sig som det har:

1. Borgerne oplever at blive drænet og stresset og at dette bidrager til at fastholde dem i ledigheds- og sygdomsidentitet.
2. Borgerne oplever at de skal kæmpe for at blive hørt og taget alvorligt.
3. Borgerne oplever at blive tabt i systemet.
4. Borgerne oplever, at det menneskesyn, de bliver mødt med i systemet, er decideret nedbrydende for dem. Borgerne oplever at være et nummer i rækken, der misbruger systemet.

Som konsekvens heraf oplever borgerne hukommelses- og koncentrationsbesvær, oplever at være stressede⁹⁰ og, at deres situation fylder så meget i deres bevidsthed, at det kan være svært at fokusere på noget andet.

Borgers oplevelse af forløbet på SC

Som det vil blive uddybet for i det følgende kan det konstateres, at borgernes oplevelser af forløbet på SC primært er positivt. Når borgeren har oplevet forløbet som positivt har det især været fordi borgeren har draget nytte af forløbets faglighed, når borgerne har følt sig hørt og taget alvorligt, og når borgerne er blevet afklarede.

"De ved, hvad de laver"

Oplevelsen af fagpersonerne som professionelle har haft stor betydning for borgerne oplevelse af forløbet på SC og nogle borgere har endvidere oplevet at fagpersonerne på SC har kunne gøre en konkret og praktisk forskel for dem:⁹¹

"De ved, hvad de laver, og jeg har haft et godt forløb med dem."⁹²

⁹⁰ Borgernes formulering.

⁹¹ Bilag 17, s. 8. Se også bilag 3, 17 og 22

⁹² Bilag 15, s. 81. Se også bilag 3, 17, s. 2 samt bilag 22

En borger fremhæver, at noget helt særligt ved forløbet på SC havde været, at man ikke var gået "hårdt" til borger, at det er foregået i "slowmotion" og "fra bunden og opad".⁹³ Dertil kommer, at samarbejdet mellem fagpersonerne på SC synes at have haft en ganske stor betydning for borgerne:

"Borger1: Jeg føler faktisk, den ene ved, hvad den anden laver.

Borger2: Ja. God kommunikation.

Borger1: Det er jo også godt, at de kan se det inde på skærmen, at man ikke selv skal fortælle...⁹⁴"

Dette ses som noget særligt for forløbet:

"KB: Oplever i det i systemet, eller er det noget, der er specifikt for den oplevelse, i har haft inde på Frederiksberg? [...]

Borger2: Det var noget ekstra, der kom ind i systemet. Borger1: Ja, det var noget særligt.⁹⁵"

Dette samarbejde har for nogle borgere givet en ro og et håb om, endelig at komme videre.⁹⁶

For nogle borgere har det ligefrem været et vendepunkt fordi det har stået i stærk kontrast til det forløb, som borgerne har bag sig:

"Borger: Altså....øhmm.....i alle de år [...] jeg har været på kontanthjælp også, der har jeg snakket med mange [...] og jeg har gået hos en psykolog her i Ishøj også.

Men hvis du tager alle de ting tilsammen, så har jeg ikke fået hjælp på samme måde, som jeg har gjort i det her forløb i Socialmedicinsk Enhed. Så jeg har kun godt at sige om det.⁹⁷"

Ud af de 9 borgere, som denne rapport bygger på data fra, er tre af disse gået fra at se dem selv som førtidspensionister uden fremtid, til at blive udredt og kunne se en fremtid.⁹⁸ Mens det ikke er alle borgere i forløbet der er blevet afklaret, fremhæves det, at der er blevet udarbejdet en individuel handleplan "for den enkelte" som noget særlig positivt.⁹⁹

"Hvad kan vi gøre for at hjælpe dig?"

Ud over forløbets faglighed er noget af det borgerne især fremhæver som noget af det der har været afgørende for dem, at de er blevet lyttet til og taget alvorligt og i det hele taget godt behandlet:

*"...Jeg føler, der er mere fokus på, [...] hvad kan vi gøre for at hjælpe dig?
Det var faktisk det, de sagde. [...] Og det har jeg ikke fået fra jobcentrets side.¹⁰⁰ "*

⁹³ Bilag 14, s. 1

⁹⁴ Bilag 17, s. 16-17

⁹⁵ Bilag 17, s.6

⁹⁶ Bilag 24, s. 3. Se også bilag 5, 14 samt bilag 17, s. 2

⁹⁷ Bilag 5, s. 1 og bilag 14

⁹⁸ Bilag 14, 17 og 22

⁹⁹ Bilag 17, s. 10. Se også Bilag 17, s. 2

¹⁰⁰ Bilag 17, s.17 Se også bilag 5, s. 1 samt bilag 12, s. 2

I forlængelse heraf har en del borgere oplevet, at der har været tid til dem, interesse for dem,¹⁰¹ og at deres forløbskoordinator *”har gået over nogle bjerge... som andre sagsbehandlere og rådgivere ikke ville have gjort for mig”*.¹⁰²

Det har været afgørende for borger at blive sundhedsmæssigt og helbredsmæssigt afklaret og, at sagsbehandlere mv. har kunnet identificere hvile behov/støttemekanismer, som kommunen kan bidrage med, og fulgt op på dette.¹⁰³ Flere borgere nævner ligeledes, at de har brugt forløbskoordinatoren i SC til at få nogle af deres behov igennem, samt som støtte overfor deres vanlige sagsbehandlere.¹⁰⁴ Således har forløbskoordinatorene i visse tilfælde formået at etablerer en relation som minder om den, som en borger tidligere i analysen beskrev at have til sin hjemmevejleder. Således har i hvert fald nogle borgere oplevet, at det har været dem selv og ikke systemet, der har været udgangspunktet for forløbet.

Endelig har det helt lavpraktisk betydet meget for borgerne, at forløbet i stort omfang er foregået i Ishøj.¹⁰⁵

Sammenfatning

Sammenfattende kan det konstateres, at borgernes oplevelser af forløbet på SC primært er positivt. Det er især forløbets faglighed der kommer i spil, når borgerne præsenterer konkrete problemstillinger, som SC kan imødekomme. Selvom nogle borgere giver udtryk for, at de ikke har oplevet nogen direkte gavn af tilbuddene i forløbet, giver de dog stadig udtryk for, at fagligheden og den interne kommunikation har virket tryghedsskabende. I forlængelse heraf giver borgerne udtryk for at haft gavn af den helhedsorienterede indsats, de har oplevet. Forløbet har for nogle har virket som et pusterum og har skabt et håb om bedre fremtid som er blevet mere eller mindre realiseret.

Endelig giver borgerne udtryk for, at de i stort omfang har oplevet et andet menneskesyn, end det de har oplevet i jobcentret og de dertil knyttede tilbud.¹⁰⁶ En del borgere udtryk for at have oplevet et større fokus på dem og på deres behov. Dertil kommer, at størstedelen af borgerne oplever at have haft en positiv relation til deres forløbskoordinator, der har gjort en positiv forskel for dem. Nogle har oplevet forløbet som et vendepunkt.

2.2.4 Borgers behov

I det følgende besvares undersøgelsen andet underspørgsmål, nemlig hvilket behov borger har samt, hvorvidt der er overensstemmelsen mellem borgernes behov og den indsats de får i forløbet hos SC. På baggrund af en induktiv analyse af de transskriberede interviews¹⁰⁷ sammenfattes først borgernes generelle behov – både borgere fra indsats- og kontrolgruppen. Herefter vurderes det, hvorvidt disse behov imødekommes i indsatsen udgående fra SC. I dette afsnit fremføres ligeledes borgernes kritik af forløbet og de på baggrund heraf identificerede udfordringer for SC.

¹⁰¹ Bilag 5, s.2-3

¹⁰² Bilag 7, s. 6. Se også bilag 24, s. 2

¹⁰³ Bilag 17, s. 4

¹⁰⁴ Bilag 17, s. 15, se også bilag 14, s. 1

¹⁰⁵ Bilag 17, s. 23

¹⁰⁶ Bilag 17, s. 17

¹⁰⁷ Se bilag 7, 15, 18, 20 og 25

Først for de behov, som borgerne fra både indsats- og kontrolgruppen giver udtryk for at have i interviewmaterialet.¹⁰⁸

Borgerne har brug for positive personlige relationer

Indledningsvist fremgår det tydeligt, at når borgerne beskriver at have haft positive oplevelser i jobcentret og de dertil knyttede tilbud, så synes disse oplevelser at være forbundet med en positiv personlig relation til en sagsbehandler, en hjemmevejleder eller en coach, som har gjort en forskel for dem.

En borger beskriver fx, at borgerens jobkonsulent "har presset på" for at oprette et fleksjob, da borgeren havde fundet et sted, hvor han var faldet godt til under et praktikforløb.¹⁰⁹ En anden borger beskriver at være blevet tryk, nu hvor borgeren har fået en "supergod sagsbehandler" som borgeren er tryk ved, og som varetager borgers interesser.¹¹⁰ Borger har altså brug for en sagsbehandler, der kan varetage borgers interesser og som er engageret i borgerens sag.

I interviewmaterialet ses, at de positive personlige relationer til hjemmevejledere og mentorer hænger sammen med, at borgeren støttes i hverdagen og i deres omgang med systemet. En borger har fx haft stor glæde af, at borgerens hjemmevejleder har kunne tage med til de behandlinger mv., som borger skal til og fortæller, at borgeren simpelthen ikke havde kunne tage imod behandlingen, hvis ikke borgeren havde haft denne støtte.¹¹¹

Andre borgere beskriver, at hjemmevejlederen kan fungere som bisidder til møder med systemet og, at dette er en stor støtte fordi hjemmevejledere kender borgeren bedre end sagsbehandleren gør. Dette betyder, at hjemmevejlederen kan være med til at bakke op om borgerens synspunkt når borgeren oplever, at systemet ikke stoler på borgeren eller ikke lytter til borgeren.¹¹²

Andre borgere beskriver, at de bruger hjemmevejlederne til at tale privat med og "bare sådan noget som at komme ud at gå en tur en times tid".¹¹³ En borger har søgt flere gange, da netop ønsker en hjemmevejleder, dog uden held.¹¹⁴ Endelig er en borger fra kontrolgruppen, der har været uden for arbejdsmarkedet i 7 år, nu kommet i arbejdsprøvning. Borgeren beskriver at have genvundet sit håb og tilskriver udelukkende dette borgerens hjemmevejleder og coach.¹¹⁵

Sammenfattende kan det konstateres, at positive relationer til sagsbehandlere, hjemmevejledere mv. skaber tryghed for borgerne i deres omgang med systemet. Dertil kommer, at disse positive menneskelige relationer ligeledes spiller en afgørende rolle i forhold til at skabe håb hos borgerne og i forhold til at sætte positive processer i gang - både direkte og indirekte beskæftigelsesrettede processer.

Borgerne har brug for forståelse

I forlængelse af, at borgerne giver udtryk for, at positive relationer til de personer de møder i systemet er af afgørende betydning for dem, er den mest centrale komponent af den positive relation, at borger oplever

¹⁰⁸ Se bilag 1-6, 9-14, 17, 14 og 22-24

¹⁰⁹ Bilag 17, s. 3-4. Se også s. 21; bilag 11, s. 5-6

¹¹⁰ Bilag 4, s. 10. Se også bilag 3, s. 3; bilag 9, s. 3

¹¹¹ Bilag 7, s. 41, s. 73, 95; bilag 10, s. 11

¹¹² Bilag 19, s. 18. Se også bilag 4, s. 9

¹¹³ Bilag 7, s. 66; bilag 10.

¹¹⁴ Bilag 10

¹¹⁵ Bilag 7, s. 76. Se også bilag 19, s. 8

at blive mødt med forståelse. Da det i fokusgruppinterviewet med indsatsgruppen diskuteres, hvad den gode sagsbehandler gør, er det første svar ligeledes det, at vedkommende udviser forståelse, hvilket der er konsensus om:

”Borger1: [...] er der ikke nogen forståelse, så skaber man ingen tillid til hinanden.

Borger2: Så kommer man ingen vegne.¹¹⁶

KB: Hvad er en god sagsbehandler, hvis vi tager den gode side først?

Borger2: En, der viser forståelse. Borger1: Ja, det er meget vigtigt.¹¹⁷”

I forlængelse af ovenstående citat beskriver en borger, at det er den manglende respekt og forståelse, som borgeren er blevet mødt af, der har været afgørende for, at han er ”havnet her”:

”KB: Men når du siger, at det, der kunne have hjulpet dig til ikke at være, hvad skal man sige, havnet her, det er, at du var blevet behandlet med respekt.

Vil du sige, det er den primære?

Borger: Jaja, ja. Respekt. Forståelse og respekt.¹¹⁸”

Dertil kommer, at mange borgere giver udtryk for, at det er af afgørende betydning for dem, at de oplever at de bliver ”fulgt op”:

”KB: [...] Så hvis nu vi starter med at se lidt på hvad, der ligesom er et godt system.

Hvad er så jeres umiddelbare tanker omkring det?

Borger1: Jeg synes, det er godt, at man bliver fulgt op,

at man ikke bliver tabt på gulvet, altså, kan man sige det sådan?¹¹⁹”

Sammenfattende hersker der en ganske stor konsensus om, at behovet forståelse er ganske afgørende for borger - både i deres relation til sagsbehandleren og for deres generelle oplevelse af at være i systemet. Dertil kommer, at borgerne giver udtryk for at de ikke ønsker at blive ladt være i fred eller *tabt*, som de kalder det. Dette tyder på, at der skal være en balance mellem det pres og den støtte og indsats som borgerne modtager fra systemet.

Borgerne har brug for en meningsfuld, helhedsorienteret og langsigtet handleplan

Ud over *positive menneskelige relationer* og *forståelse* er det i interviewmaterialet endvidere tydeligt, at borgernes oplevelse af systemet ligeledes hænger sammen med, om borgerne har oplevet at de tilbud, og den handlingsplan de har modtaget, har været meningsfuld.

Således kan to borgere have oplevet et værested som henholdsvis ”det bedste” og ”værste sted”, de har oplevet, hvor den ene borger beskriver aktiveringen som positivt for borgerens ”velvære og velbefindende” og den anden som negativt.¹²⁰ Forskellen på de to oplevelser bunder i, hvorvidt borgerne har fundet indsatsen i værestedet meningsfuld.¹²¹

¹¹⁶ Bilag 17, s. 7

¹¹⁷ Bilag 17, s. 9. Se også s. 12-13

¹¹⁸ Bilag 15, s. 33-34. Se også bilag 11, s. 4

¹¹⁹ Bilag 17, s. 3

¹²⁰ Bilag 19, s. 2-3, bilag 14, s 1 samt bilag 11, s. 6.

¹²¹ Bilag 17, s. 19

Et andet eksempel er en borger fra kontrolgruppen, der efter mange år på kontanthjælp har haft en succesoplevelse på et værested og nu er ved at få oprettet et flexjob der passer til ham. Borger beskriver at borgeren "fik opbygget et selvværd og en selvtillid til, at det her laver jeg egentlig godt nok, ikk."¹²²

I forbindelse med mange af de negative oplevelser, som borger har haft i systemet, og som der blev redegjort for i 1. del af analysen ses i interviewmaterialet, at borgerne efterspørger afklaring omkring, hvad de kan og ikke kan, og i denne forbindelse efterspørges en større grad af samarbejde mellem aktører¹²³ og en helhedsorienteret handleplan og at udforme en handlingsplan "og så at føre det ud i livet, ikke bare at finde ud af det."¹²⁴

Borgere efterspørger langsigtede forløb, hvorefter at der bliver taget fat om roden på deres problemer og, hvor der bliver set "lidt mere bredspektret" på borgers situation¹²⁵ Især har borger brug for, at der tages fat "nede fra og op" og at forløbet foregår i "slowmotion".¹²⁶ Dette hænger sammen med, at borgerne ønsker at nå til et sted, hvor de mener at det er realistisk at de kan varetage et job igen, da de ikke ønsker flere nederlag: "næste gang skal jeg altså bare være klar."¹²⁷

I forlængelse heraf efterspørger borgere praktikpladser, der er realistiske i forhold til deres behov:

*"...hvis jeg skal i praktik [...] så skal det være et sted, der kan rumme mig.
Og hvor jeg også kan rumme dem, og hvor der er nogen, jeg kan snakke med, ikk.
Hvis jeg får det dårligt eller ikke kan rumme det..."¹²⁸*

Dertil kommer, at der efterspørges mere støtte når borgere sættes i gang, så borgerne ikke bliver sluppet for tidligt:

*"Altså, jeg er klar, men der skal være noget støtte.
KB: Dvs. de skal ikke slippe dig nu? Borger2: Nej. [...]
KB: Og når så du skal møde første dag i en butik, skal der så stadig være hjælp.
Borger2: Ja, der skal være støtte, ja. KB: Er det din sagsbehandler, der skal støtte?
Borger2: Fordi jeg bliver meget hurtigt utryg, så der skal være nogen til at hjælpe."¹²⁹*

Sammenfattende kan det konstateres, at det er afgørende at borgerne oplever den indsats og aktivering de modtager, som meningsfuld og, at denne kan bibringe borgerne succesoplevelser. Dertil kommer, at mange borgere giver udtryk for at have brug for mere langsigtede og helhedsorienterede indsatser.

Sammenfatning

På baggrund af interviewmaterialet kan det konstateres, at borgernes primære behov på det praktiske plan hænger sammen med at blive udredt og afklaret. I forlængelse heraf ønsker de at få en helhedsorienteret,

¹²² Bilag 19, s. 8

¹²³ Bilag 2, s. 13

¹²⁴ Bilag 19, s. 7. Se også s. 3-4 samt bilag 6, s. 13

¹²⁵ Bilag 6, s. 4. Se også bilag 1, s. 6, 15; bilag 15, s. 63

¹²⁶ Bilag 15, s. 81

¹²⁷ Bilag 7, s. 87; bilag 24, s. 2

¹²⁸ Bilag 7, s. 47

¹²⁹ Bilag 17, s. 6-7

langsigtet, individuel og meningsfuld handleplan. Borgerne giver udtryk for at have brug for at blive inddraget og at blive taget alvorligt.

På det personlige plan giver borgerne udtryk for at have brug for at blive behandlet værdigt. Borgere har endvidere brug for positive og længerevarende relationer til sagsbehandlere, hjemmevejledere mv., da dette er afgørende for at sætte positive processer i gang - både direkte og indirekte beskæftigelsesrettede.

2.2.5 Udfordringer i indsatsforløbet

I det følgende præsenteres de udfordringer, som borgerne giver udtryk for at have oplevet interviewmaterialet under deres forløb på SC.¹³⁰

En borger har oplevet det som stressende og giver udtryk for, at borger ikke har haft en positiv relation til sin forløbskoordinator som har virket stresset og som ikke har taget sig tid til borgeren.¹³¹ I forlængelse heraf synes det afgørende at borgerne ikke oplever samme eller nyt pres fra forløbskoordinator.¹³²

Derudover har et par af borgerne har oplevet, at man ikke har kunnet gøre noget for dem. I forlængelse af, at borgerne generelt efterspørger meningsfulde indsatser gælder dette ligeledes i forløbet hos SC. To borgere giver således udtryk for at være blevet pålagt forløb, der ikke gav mening for dem. Dette resulterede i, at forløbet på SC blev endnu et meningsløst forsøg på at gøre et eller andet for borger.¹³³ En borger forklarer, at vedkommende har et problem, der står til at løse, men at dette ikke kan lade sig gøre. Da man dog ikke ved, hvad man så skal gøre, sendes vedkommende til psykolog:

"Psykologen koster det samme som [borgers problem], og jeg skal sidde og beklage mig overfor psykologen over [borgers problem], og så føler jeg det lidt.....så er det der, der mangler sund fornuft."¹³⁴

I forlængelse af borgernes behov for positive relationer er det ligeledes en vigtigt, at borgerne oplever, at forløbskoordinatorerne følger nok op på dem. En af borgerne er i tvivl om, hvorvidt borgeren fortsat er med i forløbet og har følt sig svigtet.¹³⁵

En afgørende faktor ved forløbet på SC er vigtigheden af at skabe og udnytte momentum; en borger giver således udtryk for at have mistet modet ganske tidligt i forløbet fordi der gik for langt imellem det første møde, kontakten med sagsbehandler og den aftale, om psykologhjælp, til at der rent faktisk skete noget.¹³⁶ Forløbene i pilotprojektet er 6 måneder, hvilket borgerne ikke oplever er længe nok. Derfor oplever et par af borgerne ligeledes at være blevet sluppet for tidligt og som havde ønsket, at forløbet var længere.¹³⁷

En yderligere vigtig faktor er, når borger har følt sig presset ind i projektet: "Hun sagde "det er noget, man skal".¹³⁸ Når borgere således har set forløbet som en yderligere stressfaktor i deres liv, får forløbet ikke

¹³⁰ Se bilag 1-6, 9-14, 17, 14 og 22-24

¹³¹ Bilag 2, s. 4. Se også s. 16 og 17. Se også bilag 17, s. 26

¹³² Bilag 17, s. 3, bilag 17, s. 25-26

¹³³ Bilag 1, 2 og 17

¹³⁴ Bilag 1, s. 1

¹³⁵ Bilag 15, s. 61. Se også bilag 2 og 17

¹³⁶ Bilag 7, s. 36

¹³⁷ Bilag 17, s. 22-23; bilag 15, s. 81

¹³⁸ Bilag 17

mulighed for at skabe en positiv forandring: *"Man er blevet hevet og fået i på en eller anden måde, ikk. Og det er det, jeg har synes, har været øv ved det her projekt."*¹³⁹

Forløbet på SC kan altså blive kompromitteret, hvis borger skal "passe" jobcentret på samme tid. Her er det især det potentiale, der ligger i, at projektet har en forløbskoordinator, der synes at være afgørende at få bragt i spil.

Et par borgere fremhæver desuden, at der har været for store forventninger til borgernes ressourcer og, at de ikke har været klar til at påtage sig det ansvar, man har oplevet at have fået. Dog kunne dette have været afhjulpet med mere støtte.¹⁴⁰ Endelig giver en del af borgerne udtryk for, at de havde ønsket hjælp tidligere, herunder at de havde fået tilbudt et forløb som det på SC tidligere.¹⁴¹

Sammenfatning

Sammenfattende kan det på baggrund af interviewmaterialet konkluderes, at kombinationen af indsats og relationer skaber en række mekanismer som gør, at forløbet på SC imødekommer borgers behov i større eller mindre grad.

For så vidt angår borgere, der præsenterer konkrete behov og problemstillinger som SC har kunnet afklare og løse - eller i hvert fald påbegynde en positiv proces omkring - er der overensstemmelse mellem borgers behov og forløbet på SC.¹⁴²

Forløbet hos SC lever desuden op til praktiske behov idet der kan laves en handleplan på baggrund af en helhedsorienteret vurdering. Der er en forløbskoordinator/tovholder, der har mere tid til den enkelte borger og kan yde en ekstra indsats.

Dertil kommer, at borgerne har haft gavn af den helhedsorienterede indsats, de har oplevet, hvilket både har virket praktisk og konkret men ligeledes har bidraget til at nogle borgere har oplevet forløbet som et vendepunkt. Dette hænger sammen med, at borgerne ofte kommer fra et system, de beskriver at have oplevet som drænende at navigere i og det at få en tovholder, og at opleve, at have fået medindflydelse og, at der bliver taget stilling til deres personlige sag af flere fagpersoner på en gang, får meget stor betydning.

Endvidere har det haft en meget positiv betydning for deltagerne i forløbet, at de har følt, at der er blevet kommunikeret internt og, at dette har skabt en tryghed om, at "nu sker der noget" ud fra en samlet og professionel vurdering af deres situation. I det følgende ses et skema over borgers behov og i hvilken grad det imødekommes hos hhv. jobcentret og de dertil knyttede tilbud og i forløbet hos SC:

¹³⁹ Bilag 17, s. 2; bilag 17, s. 2 og 23

¹⁴⁰ Bilag 15, s. 72; bilag 2, s. 2, se også s. 1 og 9

¹⁴¹ Se bl.a. bilag 1, s. 27, bilag 4, s. 6, bilag 14 s. 18.

¹⁴² Bilag 31

Borgers behov	Helhedsorienteret indsats	Individuel handleplan	Krav til borger
System	Manglende koordination mellem behandlere og tilbud.	Der tages ikke udgangspunkt i borgeren, men i systemet.	Borger skal selv kunne overskue forløb.
SC	Samlet indsats for borgeren. Jobcentret forstyrrer.	Der tages udgangspunkt i borgeren.	Tovholder. Nogle oplever for høje krav.

Borgerne oplever i ganske stort omfang, at deres personlige behov kan blive eller er blevet imødekommet i form af deres relation til deres tovholder/forløbskoordinator. Størstedelen af borgerne (2/3) giver udtryk for at have haft en god relation til deres sagsbehandlere. Borgerne giver desuden udtryk for at blive hørt, respekteret og forstået, når der er blevet inddraget i udformningen af deres forløb og når de har modtaget meningsfulde og langsigtede indsatser.

Endelig giver borgerne udtryk for, at de i stort omfang har oplevet et andet menneskesyn, end det de har oplevet i jobcentret og de dertil knyttede tilbud. Dette bundet ifølge borgernes fortællinger i, at dette skaber tryghed og genererer og håb hos borgerne. Det sås således også, at det var disse relationer, der var afgørende for at sætte positive processer i gang - både processer der var direkte og indirekte beskæftigelsesrettede.

I det følgende ses et skema over borgers personlige behov og i hvilken grad det imødekommes hos hhv. jobcentret og de dertil knyttede tilbud og i forløbet hos SC:

Borgers behov	Relation til sagsbehandler	Meningsfulde indsatser	Forståelse
System	Mange skiftende sagsbehandlere, ingen kommunikation mellem sagsbehandlere	Indsats opleves som fragmenteret. Borgere oplever at blive "sendt rundt."	Borger oplever mistillid, bliver ikke hørt, oplever at være "et nummer".
SC	God, personlig og længerevarende relation.	Flertal oplever målrettet indsats uden rammer. Faglighed giver tryghed.	Flertal oplever at blive inddraget. Flere føler de bliver taget alvorligt.

For så vidt angår udfordringer kan det konstateres, at der er et overlap mellem den kritik, som borgerne retter mod jobcentret og de dertil knyttede tilbud.¹⁴³ og den kritik, som borgerne retter mod forløbet på SC for så vidt angår relationer, tidsmæssige begrænsninger og vigtigheden af at den aktivering borger tilbydes opleves som meningsfuld, dog i mindre omfang.

2.2.6 Udslagsgivende faktorer

Ud over borgers behov som de blev fremstillet af borger selv er det på baggrund af analyserne ligeledes muligt at identificere en række indirekte behov hos borgerne, samt en række iboende potentialer i forløbet hos SC, som realiseres mere eller mindre på nuværende tidspunkt.

På baggrund af en samlet analyse af borgerens oplevelse og behov fremføres således i det følgende en teori om, hvordan forløbet på SC kan blive et vendepunkt for borgeren.

SC som et potentielt vendepunkt

Af interviewmaterialet og borgers beskrivelser af deres oplevelser i systemet fremgik det, at den psykiske belastning af at være langtidsledig kontanthjælpsmodtager i Ishøj Kommune er overvældende; flere borgere giver udtryk for at have mistet tilliden til systemet og håbet for en bedre fremtid. Stort set samtlige borgere i undersøgelsen oplever at have hukommelses- og eller koncentrationsbesvær, flere borgere er helt nedbrudt og græder under interviews.¹⁴⁴ Det mest markante indirekte behov blandt disse borgere, der har været i systemet længe, synes at være behovet for et vendepunkt:

"Jeg fik at vide, det var noget af det mest fantastiske, jeg nogensinde i mit liv kunne komme ud for, og det blev jeg meget sådan overrasket over, jeg tænkte øjøjøj, det må jeg sige ja til."¹⁴⁵

Således ses, at enhver indsats har dette potentiale. I forudgående analyser sås ligeledes, at dette ligeledes lykkes et par gange:

"Borger: Altså....øhmm.....i alle de år [...] jeg har været på kontanthjælp også, der har jeg snakket med mange [...] og jeg har gået hos en psykolog her i Ishøj også. Men hvis du tager alle de ting tilsammen, så har jeg ikke fået hjælp på samme måde, som jeg har gjort i det her forløb i Socialmedicinsk Enhed. Så jeg har kun godt at sige om det."¹⁴⁶

I det følgende fremføres de mekanismer, som kan identificeres som afgørende.

SC som et alternativ til det system, som borger kommer fra

Det centrale i borgernes positive historier - både om forløbet på SC og blandt kontrolgruppen - er, at de alle involverer et vendepunkt i form af en sagsbehandler eller en succesoplevelse, samt en individuel og meningsfuld plan/løsning.

Omvendt viste sig i analysen, at borgeren havde en negativ oplevelse af deres forløb på SC når borgerne ikke oplevede, at der var nogen forskel på forløbet på SC og det, de kom fra i jobcentret. Når det således

¹⁴³ S. 15f.

¹⁴⁴ Bilag 3, 11, 24

¹⁴⁵ Bilag 7, s. 32

¹⁴⁶ Bilag 5, s. 1, bilag 14 og 23

ikke lykkes fagpersonerne fra SC at adskille sig fra jobcentret og de dertil knyttede tilbud og at udgøre et alternativ hertil, oplever borgerne forløbet som skuffende og demotiverende.¹⁴⁷

Det synes således afgørende, at forløbet på SC udnytter dette potentiale og adskiller sig fra den vanlige indsats, som borgerne modtager. I denne forbindelse har analysen vist, at SC adskiller sig fra jobcentret og de dertil knyttede tilbud på flere måder, se anden del af analysen. Den mest afgørende faktor er relationen til tovholderen.

Relationer forpligter

Borgerene møder systemet gennem mennesker og systemet er således medieret af sagsbehandleren. Dette betyder, at sagsbehandleren har en enorm magt og det er sagsbehandleren der kan skabe en positiv udvikling ved at "gå over nogle bjerge"¹⁴⁸ og det er sagsbehandleren der kan få borger til at føle sig "lille".¹⁴⁹ En borger formulerer dette meget præcist:

"Systemet er.....det er jo mennesker, man er oppe imod, altså."¹⁵⁰

I forlængelse heraf er det interessant, at ud af de borgere, som ifølge dem selv ikke har oplevet nogen konkret fremgang, er det kun de, der har været skuffede over deres relation til deres sagsbehandler, der beskriver forløbet som en negativ oplevelse.¹⁵¹ Omvendt beskriver de borgere, der ikke har fået noget konkret ud af projektet, men som har haft en positiv relation til deres sagsbehandler, forløbet som positivt.¹⁵²

Ud over relationen til tovholderen er der en række andre potentialer i forløbet hos SC der med fordel kan fremhæves.

At blive taget alvorligt

For det første er det interessant, at borgere er meget optaget af den faglighed, der er tilgængelig på SC, også selvom de ikke får direkte glæde af den. Denne faglighed synes at bidrage til, at borgerene føler sig taget alvorligt og, at der bliver foretaget kompetente vurderinger af deres situation. I forlængelse heraf giver borgerne endvidere udtryk for at have haft gavn af at indsatsen har været helhedsorienteret; dette både praktisk og konkret men, det synes ligeledes at have bidraget til, at nogle borgere har oplevet forløbet som et vendepunkt. Dette hænger sammen med, at disse borgere oplever, at de nu endelig modtager netop den hjælp, de hele tiden har bedt om. Det synes således afgørende, at borger oplever, at denne faglighed kommer i spil og, at borgers situation tages alvorligt.

Omvendt er det bemærkelsesværdigt, at to borgere, der er blevet mere eller mindre pålagt at tage imod tilbud om psykologhjælp giver udtryk for en større utilfredshed med forløbet, end borgere der ikke har benyttet nogle af de konkrete tilbud, men som alligevel oplever, at de er blevet behandlet godt og har fået noget ud af samtalerne med fagpersonerne. Dette synes at hænge sammen med, at en meningsløs

¹⁴⁷ Bilag 7, s. 36

¹⁴⁸ Bilag 7, s. 6

¹⁴⁹ Bilag 24, s. 4

¹⁵⁰ Bilag 7, s. 11

¹⁵¹ Bilag 2 og bilag 17

¹⁵² Bilag 1 og 12

aktivering bevirker, at borgeren oplever at vedkommendes situation bekræftes som håbløs. Omvendt virker ligeværdige snakke mere beroligende og motiverende, end en indsats der for borger virker omsonst.

I tillæg hertil fremhæves samarbejdet mellem fagpersonerne - igen ud over de direkte konsekvenser heraf - som noget positivt, idet borger kun behøver at fortælle sin historie én gang. Der er således i forløbet hos SC et potentiale for at give borgeren ro, og en mulighed for at skabe langsigtede indsatser der foregår i "slowmotion" og fra "bunden og op", som en borger beskriver det. Dette potentiale er ifølge denne undersøgelse i overensstemmelse med borgernes behov.

Sammenfatning

Sammenfattende kan det konstateres, at der - ud over konkrete og praktiske elementer ved indsatsen - er mange underliggende mekanismer i spil i virkningen af forløbet på SC. Det drejer sig således om et potentiale i forløbet som et alternativ til det system, som borgerne kommer fra. Det synes således afgørende, at forløbet på SC udnytter dette potentiale og adskiller sig fra den vanlige indsats, som borgerne modtager. I denne forbindelse har analysen vist, at SC adskiller sig fra jobcentret og de dertil knyttede tilbud på flere måder, se anden del af analysen.

Den mest afgørende faktor er relationen til tovholderen. En anden central faktor er er forløbets faglighed og, at borger oplever at denne faglighed kommer i spil og at borgers situation tages alvorligt.

Hvis man således skal tage borgernes beskrivelser af deres oplevelser og konsekvenserne heraf alvorligt, så tyder det på, at der skal nogle langsigtede indsatser og relationer til, for at igangsætte positive processer. I denne forbindelse har SC ifølge borgerne en særlig styrke ved deres faglighed, deres tovholder og det, at de kan arbejde "fra bunden og opad" - hvis der er ressourcer til det.¹⁵³

3.0 Diskussion, konklusion og anbefalinger

3.1 Diskussion af metode

Deltagelse i den kvalitative undersøgelse krævede, i sin natur, ressourcer, og det må derfor forventes, at deltagerne var de bedst fungerende i både indsats- og kontrolgruppen. Man kan derudover også forvente, at det har været deltagerne med stærkeste holdninger til indsatsen i SC hhv. Jobcentret, som har sagt ja til deltagelse. Halvdelen af dem, som afslog deltagelse var kvinder med ikke-vestlig baggrund.

Grundet ressourcemangel blev deltagere med tolkebehov ikke inkluderet i den kvalitative undersøgelse, og denne gruppes perspektiv mangler således fra den kvalitative del.

3.2 Konklusioner

3.2.1 Borgers oplevelse

I analysens første del blev borgerne oplevelser af jobcentret og de dertil knyttede tilbud kortlagt. På baggrund heraf kunne det konstateres, at borgernes oplevelse af jobcentret og de dertil knyttede tilbud er overvejende negativ.

Kritikken bliver for det første rettet mod strukturelle aspekter af systemet; blandt andet opleves systemet som uoverskueligt, fragmenteret og regelbundet og borgerne oplever at skulle forholde sig til for mange og

¹⁵³ Bilag 14, s. 1

skiftende sagsbehandlere. Dertil kommer, at borgerne oplever, at der mangler kommunikation og samarbejde mellem aktører og, at indsætterne i stort omfang opleves som kortsigtede og til tider meningsløse.

Størstedelen af borgerne giver desuden udtryk for, at systemets indretning er en af de primære årsager til, at deres forløb har udviklet sig som det har. Det handler især om, at borgerne oplever, at de ikke er blevet hørt eller taget alvorligt og, at det er drænende og stressende for borgerne at skulle navigere i systemet.

Endelig kunne det konstateres, at borgerne oplever at blive mødt med et menneskesyn, som er decideret nedbrydende for borgerne.

For så vidt angår borgernes i indsatgruppens oplevelse af forløbet på SC er der ikke to forløb, der har været ens. Samlet kunnet det dog konkluderes, at borgernes oplevelser af forløbet på SC har været overvejende positivt. Dette især når forløbets faglighed er kommet i spil og, når borgerne har præsenteret konkrete problemstillinger, som SC kan udrede og imødekomme. Dertil kommer, at borgerne har haft gavn af den helhedsorienterede indsats, de har oplevet. Endelig giver borgerne udtryk for, at de i stort omfang har oplevet et andet menneskesyn, end det de har oplevet i jobcentret og de dertil knyttede tilbud. Nogle borgere har endvidere oplevet forløbet som et vendepunkt.

3.2.2 Borgers behov

I analysens anden del blev borgernes behov kortlagt. Her kunne det konstateres, at borgerne har en række praktiske og personlige behov - med overlap. På det praktiske plan hænger borgers primære behov sammen med at blive udredt og afklaret. I forlængelse heraf ønsker de at få en helhedsorienteret, langsigtet, individuel og meningsfuld handleplan. Borgerne giver udtryk for at have brug for at blive inddraget og for at blive taget alvorligt.

På det personlige plan giver borgerne udtryk for at have brug for at blive behandlet værdigt. Borgere har endvidere brug for positive og længerevarende relationer til sagsbehandlere, hjemmevejledere mv., da dette skaber og tryghed og, dette er afgørende for at sætte positive processer i gang - både direkte og indirekte beskæftigelsesrettede.

I undersøgelsen af, hvorvidt der er overensstemmelse mellem borgernes behov og den indsats, de modtager hos SC kunne det konstateres, at borgere, der præsenterer konkrete behov og problemstillinger som SC har kunnet afklare og løse - eller hvor de i hvert fald har kunne påbegynde en positiv proces - er der overensstemmelse mellem borgers behov og forløbet på SC.¹⁵⁴

Forløbet hos SC lever desuden op til borgernes praktiske behov idet der kan laves en handleplan på baggrund af en helhedsorienteret vurdering. Der er en forløbskoordinator/tovholder, der har mere tid til den enkelte borger og kan yde en ekstra indsats.

Dertil kommer, at borgerne har haft gavn af den helhedsorienterede indsats, de har oplevet, hvilket både har virket praktisk og konkret men ligeledes har bidraget til at nogle borgere har oplevet forløbet som et vendepunkt.

¹⁵⁴ Bilag 31

Hvad angår borgernes personlige behov bliver disse imødekommet i det omfang, at relationen mellem borger og sagsbehandler udvikler sig positivt. Størstedelen af borgerne (2/3) giver udtryk for at have haft en god relation til deres sagsbehandlere. Samme antal borgere giver desuden udtryk for at blive hørt, respekteret og forstået.

Endelig giver borgerne udtryk for, at de i stort omfang har oplevet et andet menneskesyn, end det de har oplevet i jobcentret og de dertil knyttede tilbud.

3.2.3 Udslagsgivende faktorer

I analysens tredje del blev der udviklet en teori omkring forløbet på SC som et potentielt vendepunkt.

Først identificeredes en række indirekte behov hos deltagerne, samt en række iboende potentialer i forløbet hos SC. Sammenfattende kunne det konstateres, at der - ud over konkrete og praktiske elementer ved indsatsen - er mange underliggende mekanismer i spil i virkningen af forløbet på SC. Det drejer sig således om et potentiale i forløbet som et alternativ til det system, som borgerne kommer fra. Her spiller forløbets faglighed en afgørende rolle lige så vel som relationen til tovholderen kan skabe synergi. Det synes afgørende, at borger oplever at denne faglighed kommer i spil og at borgers situation tages alvorligt.

3.3 anbefalinger

Den viden, som denne del af rapporten bidrager med, er udelukkende baseret på borgerenes egne fortællinger. Dette har stor værdi i sig selv, særligt i kombination med det kvantitative data i forbindelse med den endelige evaluering. Dertil kommer, at det kunne være relevant at belyse rapportens indhold yderligere ved hjælp af teori og viden på området, herunder temaer indenfor empowerment, kommunikation mv.

Endelig kan der, på baggrund af borgernes oplevelser, behov og fortællinger fremsættes fem overordnede anbefalinger for et senere projekt:

1. Tidligere indsats: Flere borgere giver udtryk for, at de havde ønsket denne indsats tidligere og, at den formentlig også havde haft større virkning tidligere i borgers forløb. Borgere fra kontrolgruppen giver ligeledes udtryk for, at de havde ønsket hjælp tidligere, end de har modtaget den.
2. Længere indsats: Dertil kommer, at flere borgere giver udtryk for, at forløbet er for kort.
3. En målrettet indsats for at skabe et vendepunkt.
4. Efter fokusgruppeinterviews gav borgerne desuden udtryk for at have haft stor glæde af mødet og at have talt sammen internt. Det synes således oplagt, at SC kunne facilitere oprettelsen af grupper, hvor borgere der deltager i et forløb som SC, kunne mødes.
5. Det kunne være relevant at ansætte forskellige typer af forløbskoordinatorer; det kunne fx være mænd, forløbskoordinatorer med anden etnisk baggrund mv. så man kunne målrette indsatsen for den enkelte yderligere i forhold til fx rollemodeller.
6. En målrettet indsats for kvinder med anden etnisk baggrund da disse præsenterer komplekst billede. I denne forbindelse viser dataet, at mange kvinder med anden etnisk baggrund ikke kender til deres rettigheder, ofte ikke tør være ærlige overfor deres sagsbehandler.
7. Endelig giver flere borgere udtryk for at have ønsket at skifte fra egen psykiater til forløbets.

4.0 Bilagsfortegnelse

Bilag 1:	Transskribering af teoretisk sampling 1
Bilag 2:	Transskribering af teoretisk sampling 2
Bilag 3:	Transskribering af teoretisk sampling 3
Bilag 4:	Transskribering af teoretisk sampling 4
Bilag 5:	Transskribering af teoretisk sampling 5
Bilag 6:	Transskribering af teoretisk sampling 6
Bilag 7:	Samlet første-kodning og analyse af teoretisk samplings 1-6
Bilag 8:	Interviewguide: successiv identificering af temaer til mætningsinterviews
Bilag 9:	Transskribering af mætningsinterview 1
Bilag 10:	Transskribering af mætningsinterview 2
Bilag 11:	Transskribering af mætningsinterview 3
Bilag 12:	Transskribering af mætningsinterview 4
Bilag 13:	Transskribering af mætningsinterview 5
Bilag 14:	Transskribering af mætningsinterview 6
Bilag 15:	Samlet teoretisk kodning og analyse af mætningsinterviews 1-6
Bilag 16:	Interviewguide til fokusgruppeinterviews
Bilag 17:	Transskribering af fokusgruppe med indsatsgruppen
Bilag 18:	Identifikation af kernekategorier hos indsatsgruppe
Bilag 19:	Transskribering af fokusgruppe med kontrolgruppe
Bilag 20:	Identifikation af kernekategorier hos indsatsgruppe
Bilag 21:	Modeller over kernekategorier
Bilag 22:	Transskribering af mætningsinterview 7
Bilag 23:	Transskribering af mætningsinterview 8
Bilag 24:	Transskribering af mætningsinterview 9
Bilag 25:	Samlet endelig mætning og analyse af mætningsinterviews 7-9
Bilag 26:	Kernekategorier
Bilag 26:	Samlet bearbejdning af data
Bilag 27:	Deltagerliste til interviews
Bilag 28:	Tentativ protokol Ishøj-projekt
Bilag 29:	Deltagerinformation kontrolgruppe
Bilag 30:	Deltagerinformation indsatsgruppe

ISHØJ-PROJEKTET

DEL 3C: ERFARINGSOPSAMLING

Martine Aabye

1. Metode

2.1 Formål og form

Formålet med dataindsamling til denne del var at samle erfaringer og vurdering af indsatsen i Jobcenteret hhv. SC fra deltagerne og sagsbehandlerne samt for deltagerne i indsatsdelen også fra projektmedarbejderne fra SC.

Kvantitative vurderinger fra deltagerne og sagsbehandlere blev indhentet via follow up spørgeskemaerne (metode m.v. er beskrevet i del 3A).

Der blev herudover afholdt to evalueringmøder: Ét med erfaringsindsamling fra sagsbehandlere, og ét med erfaringsopsamling fra projektmedarbejdere.

Formålet med mødet med sagsbehandlerne var at opnå overblik over, hvad der havde været positivt, og hvad der havde været negativt ved projektet, både ift. afvikling og indhold. Dette var ligeledes formålet med mødet med projektmedarbejderne, hvor der yderligere var ønske om at forsøge at karakterisere deltagerne iht. de forud for projektet forventninger ift. arketyper og effekt. I forlængelse af erfaringsopsamling fra projektmedarbejderne er hver enkelt deltager i indsatsen drøftet.

Møderne er foregået ustruktureret og med åben dialog og mulighed for inputs. Som introduktion til hvert møde blev formålet gjort klart for deltagerne, og det blev understreget, at ærlighed var vigtigt, og at eventuel kritik ikke ville have konsekvenser.

Møderne blev ledet af videnskabelig projektleder.

2.2 Deltagere

I spørgeskemadelen/den kvantitative vurdering indgik samme deltagere som i den øvrige spørgeskemaundersøgelse som beskrevet i del 3A.

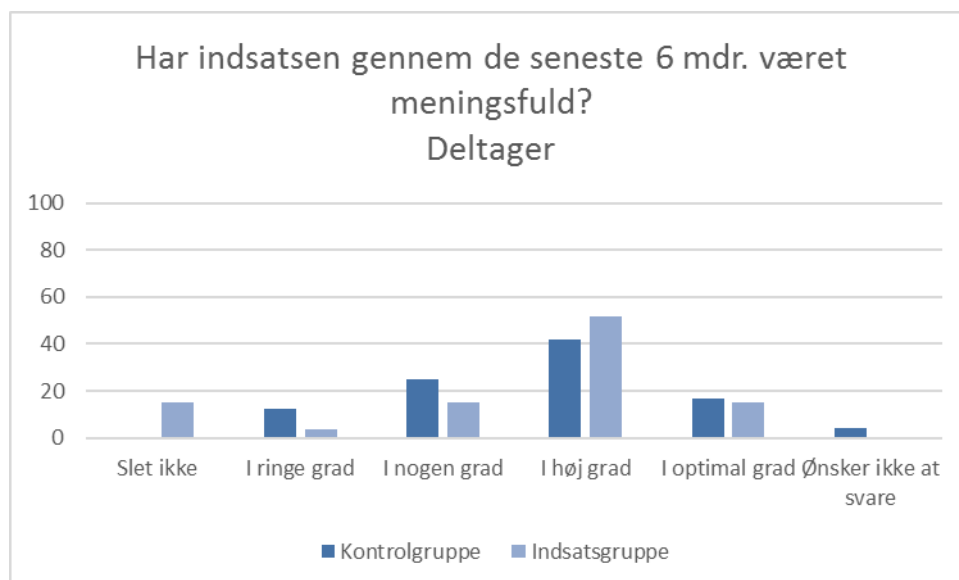
Ved sagsbehandlerevalueringen deltog 6 ud af 7 sagsbehandlere. Fire sagsbehandlere, som var ansat ved projektets start, var ikke længere ansat. Fire af sagsbehandlerne havde deltaget i selve projektperioden.

Der blev afholdt to erfaringsopsamlinger fra projektmedarbejderne. Grundet travlhed deltog medarbejderne i vekslende omfang, men der var generelt gennemgående deltagelse fra de vigtigste nøglepersoner, herunder især forløbskoordinatorerne.

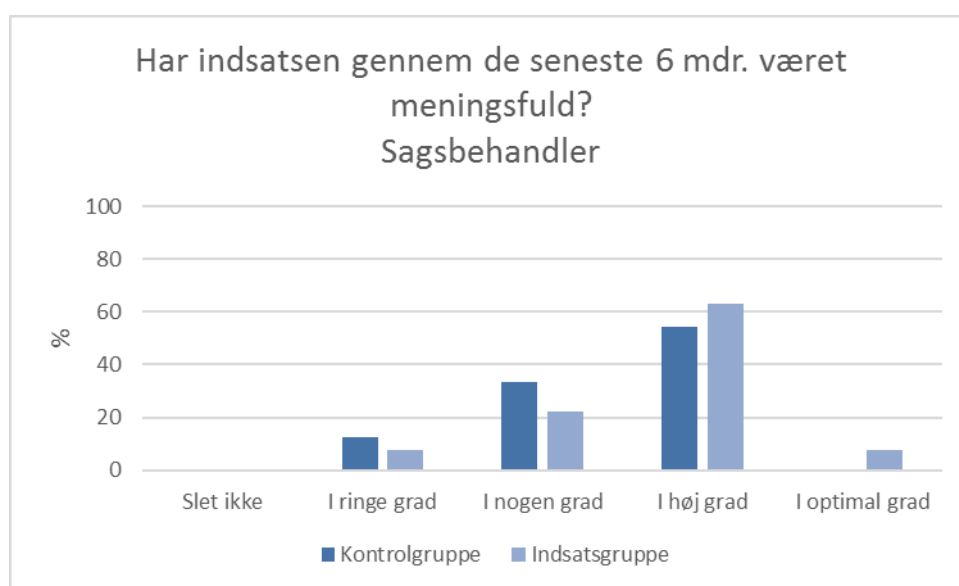
2.0 Resultater

2.1 Kvantitativ vurdering

Der fandtes ingen statistisk signifikante forskelle mellem borgernes eller sagsbehandlerens vurdering af, hvor meningsfuld indsatsen havde været i kontrol- (dvs. Jobcenteret) hhv. indsatsgruppen. Se figur 2.1 og 2.2.

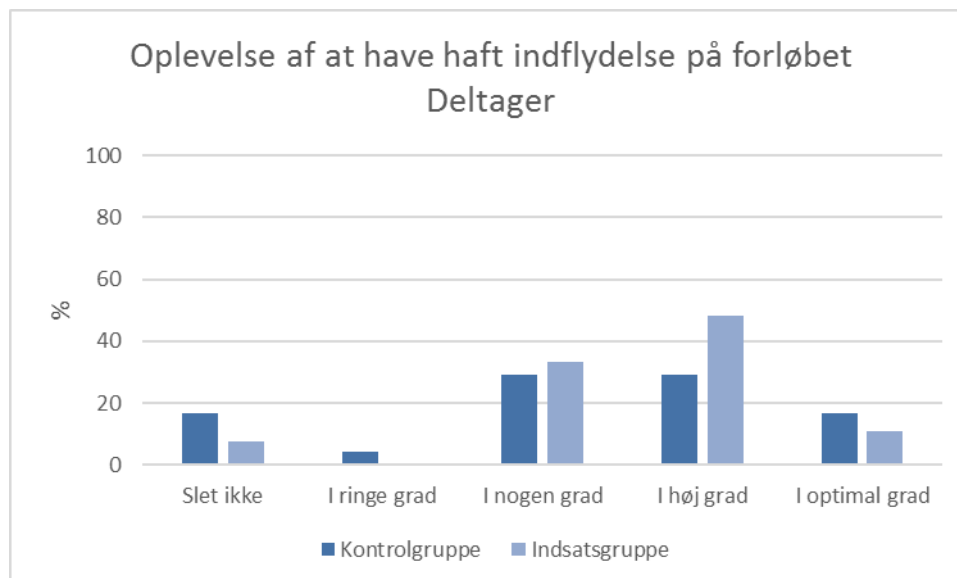


Figur 2.1 Borgers vurdering af, hvor meningsfuld de har oplevet indsatsen i Jobcentret (kontrolgruppen) hhv. Socialmedicinsk Enhed (indsatsgruppen) ved follow up.



Figur 2.2. Sagsbehandlers vurdering af, hvor meningsfuld de har oplevet indsatsen i Jobcentret (kontrolgruppen) hhv. Socialmedicinsk Enhed (indsatsgruppen) ved follow up.

Der var ingen signifikant forskel mellem borgernes vurdering af hvor stor indflydelse de havde haft på forløbet. Se figur 2.3.



Figur 2.3. Borgers vurdering af hvor stor indflydelse vedkommende har haft på forløbet i Jobcentret (kontrolgruppen) hhv. ved Socialmedicinsk Enhed (indsatsgruppen) ved follow up.

Deltagerne i indsatsgruppen blev spurgt, hvorvidt indsatsen havde adskilt sig fra tidligere indsats, som de havde været i. Deres svar fremgår af tabel 2.1.

Bedre, n (%)	11 (41)
Dårligere, n (%)	1 (4)
Ikke væsentligt, n (%)	11 (41)
Ikke tidligere været i indsats, n (%)	4 (15)

2.2 Erfaringsopsamling ift. indsatsen fra sagsbehandlere og projektmedarbejderne

Både sagsbehandlerne og projektmedarbejderne tilkendegav, at indsatsen overordnet set havde været gavnlig og meningsfuld for deltagerne.

En række forhold blev peget på som særligt gavnlige og hensigtsmæssige; disse fremgår af box 1.

<p>Box 1. Særligt fordelagtige elementer ved indsatsen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Betydende sundhedsfaglige ressourcer, herunder <ul style="list-style-type: none"> ○ Mulighed for at umiddelbar handling ift. f.eks. udredning og henvisning ○ Nem adgang til sundhedsfaglig sparring med både socialmedicinere, psykiater, reumatolog, fysioterapeut, psykolog m.v. ○ Mulighed for umiddelbar lægelig vurdering af behov for sygemelding ○ Let tilgængelig lægelig vurdering uden om egen læge, som ofte oplevedes svært tilgængelig og/eller med begrænset forståelse for Jobcenterets kontekst og behov ➤ Hyppige drøftelser <ul style="list-style-type: none"> ○ Ugentlige statusmøder med drøftelse af deltagerne og mulighed for sparring for forløbskoordinator
--

- Stærk og kontinuerlig ledelsesmæssig opbakning
 - Deltagelse af ledelsen ved statusmøder
- Flexibilitet i tilgængelighed
 - Mulighed for kontakt via SMS
 - Mulighed for at mødes i Ishøj på deltagerens præmisser
- Grundig og anvendelig dokumentation ved afslutning

Der blev tillige peget på en række forslag til, hvordan indsatsen kunne forbedres; disse fremgår af box 2.

Box 2. Forslag til forbedringer ved indsatsen.

(S= sagsbehandlerforslag, P=projektmedarbejderforslag.)

- Inddragelse af sagsbehandler i vurdering af, hvem der skal have indsatsen (S)
- Problematisk at indsatsen blev iværksat under samme sanktionsmuligheder som andre indsatser fra Jobcentret, hvilket for nogle oplevedes som tvang. Forslag om i stedet at sende projektmedarbejder ud og forsøge at motivere til deltagelse. (S+P)
- Individuelt tilpasset indsatsperiode, især ift. at nogle deltagere havde behov for en indsats længere end af 6 mdrs. varighed (S+P)
- Sikring af hurtig adgang til den nødvendige behandling. Dette blev især italesat ift. ventetid på psykologbehandling, da dette var en udfordring i indsatsdelen. (S+P)
- Bedre samarbejde med sagsbehandlere, herunder også helt klar ansvarsfordeling, således at deltageren kun havde én primær kontaktperson ad gangen (P)
- Inddragelse af selve de virksomhedsrettede aktiviteter i indsatsen i stedet for uddelegering til Jobcenterets virksomhedsindsats (P)
- Valideret funktionsevne måling mhp. målrettet indsats mod deltageren funktionsnedsættelse (P)

2.3 Projektmedarbejdernes overvejelser om effekt ift. arketyper og målgruppe

I forhold til vores initiale forventning om patienternes fordeling og problemstillinger fandtes det, at på trods af, at andelen af borgere med oprindelse fra ikke-vestligt land stemte godt overens med vores forventning (ca. 1/3), var det oplevelsen at færre af disse end forventet havde problemstillinger, som fandtes at være primært sociokulturelle af natur. Fem borgere vurderedes at tilhøre denne gruppe, hvoraf alle talte særdeles dårligt dansk, fire var kvinder og alle var over 30 år gamle.

Tyve deltagere vurderedes at have en kompleks tilstand, heraf 12 med primært psykiatriske og psykosociale problemstillinger, herunder misbrug, og 8 deltagere med kroniske smerter og angst/depression. Fem deltagere vurderedes at have veldefineret ikke-kompleks sygdom. Størstedelen af deltagerne (18) vurderedes aldrig at have været velfungerende på det ordinære arbejdsmarked (defineret ved ingen arbejdsmarkedstilknytning, sporadisk/ustabil tilknytning eller tilknytning med betydelige skånehensyn).

Projektmedarbejderne udtrykte generelt forbavselse over, hvor mange deltagere, som reelt havde helbredsproblematikker, herunder også problemer, som ikke tidligere var diagnosticeret eller som ikke var tilstrækkeligt behandlet. Dette stod i kontrast til forventningen om, at de fleste borgere, som har været på kontanthjælp i længere tid, er relativt velbeskrevet helbredsmæssigt. Der var således ingen deltagere, som ikke havde helbredsproblemer.

Projektmedarbejderne var ligeledes overraskede over, hvor mange deltagere, der havde psykiatiske problemer. I flere tilfælde blev disse ikke "fanget" ved den initiale udredning, og først efter nogle måneder blev klart, at der var behov for psykiatrisk vurdering. Der blev fremsat overvejelser om, hvorvidt psykiatrisk vurdering skulle indgå som fast element af udredningen, da psykiatiske problematikker, også udiagnosticerede, var hyppige.

På baggrund af gennemgang af samtlige deltagere i indsatsen, blev der foretaget en vurdering af, hvilke deltagere, som det både objektivt og subjektivt var projektmedarbejdernes opfattelse, at de havde flyttet nærmere på arbejdsmarkedet. Dette blev holdt op imod deltagerens demografiske karakteristika, helbredsproblematik og arbejdsmarkedshistorik, og på baggrund af dette blev der dannet nogle hypoteser om, hvilke grupper som det var hhv. ikke var muligt at rykke med indsatsen.

Den eneste karakteristika ved deltagerne, som på systematisk vis prædikerede, hvorvidt indsatsen havde effekt, var danskkundskaber; således oplevede projektmedarbejderne konsekvent, at deltagere, som ikke talte dansk, heller ikke blev rykket tættere på arbejdsmarkedet eller afklaring. Der var også en fornemmelse af, at der hos de fleste af disse deltagere var en betydende sociokulturel problemstilling, som man dog ikke havde fornemmelsen af at man kunne definere nærmere.

Det blev således italesat, at et fællestræk ved deltagerne, også hos dem med gode danskkundskaber, som man ikke oplevede at have rykket var, at man havde oplevelsen af, at man helt grundlæggende ikke havde opnået forståelse for, hvad deltagerens problematik egentlig bestod i. Herudover blev der peget på, at det i nogle enkelte forløb havde været en væsentlig barriere, at der var ventetid på behandling.

Der var ingen systematisk forskel ift. køn, alder, etnicitet (både første- og andengeneration), om borgeren havde været tidligere velfungerende på arbejdsmarkedet eller typen af helbredsproblematik (somatisk, psykiatrisk, misbrug, kompleks).

Fraset problematikken ift. sprogbarrieren kan der altså ikke på baggrund af denne undersøgelse stilles kriterier op for, hvem der kan forventes at have gavn af en indsats.

Der var forud for projektet overvejelser om, hvorvidt borgere med misbrugsproblematik skulle udelukkes fra projektet. Det fandtes der ikke grundlag for, da indsatsen viste sig at have god effekt hos de to deltagere, som havde misbrug som en af deres hovedproblematikker.

3.0 Diskussion

3.1 Kvantitativ vurdering

Overordnet set har deltagerne været tilfredse med indsatsen både i jobcentret og i SC. De har således i høj eller nogen grad fundet deres forløb i både jobcentret hhv. SC meningsfulde, ligesom de har oplevet, at de i høj eller nogen grad havde indflydelse. Der er ingen forskelle mellem grupperne. Ligeledes fandt en lige så stor gruppe i indsatsgruppen, at indsatsen ikke havde adskilt sig væsentligt fra tidligere indsatser, som de havde været i, som gruppen der fandt, at den havde været bedre. Kun én fandt, at den havde været dårligere.

Svarene skal dog ses i lyset af, at spørgeskemaerne blev udfyldt med hjælp fra sagsbehandler, hvorfor deltagerne i kontrolgruppen således mere eller mindre direkte evaluerede på sagsbehandlers arbejde, og formentlig derfor ikke vil have tendens til at svare negativt.

3.2 Evaluering af indsats fra sagsbehandlere og projektmedarbejdere

Overordnet set er der enighed om, at indsatsen har givet mening og været gavnlig for borgerne. Der er dog en række forslag til forbedringer.

3.3 Arketyper og målgruppe

Der var flere mangeartede og helbredstunge problemstillinger end forventet.

Fra set tolkebehov var det ikke på det foreliggende materiale muligt at identificere særlige karakteristika eller problematikker, som kunne forudsige hvorvidt indsatsen ville have effekt. Generelt var der en oplevelse af, at de primært afgørende faktorer var kvaliteten af samarbejdet mellem projektmedarbejder og deltager, om man opnåede en tilstrækkelig forståelse for, hvad problematikken reelt drejede sig om samt at indsatserne var relevante og blev sat i værk hurtigt.

Dette stemmer godt overens med erfaringer fra tidligere beskæftigelsesprojekter.

DEL 4: KONKLUSIONER, ANBEFALINGER OG PERSPEKTIVERING

Ishøj-projektet: Et pilot-studie

Martine Aabye

1.0 Konklusioner

1.1 Hovedfund

Nærværende pilotstudie havde til formål at undersøge, hvorvidt en 6 måneders regionalt funderet tværfaglig indsats ved en socialmedicinsk enhed havde potentiale til at lede til bedre og hurtigere beskæftigelsesmæssig afklaring af aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere.

På trods af, at der var tale om et pilotstudie med meget lille deltagerantal, var der efter 18 mdr. signifikant flere i indsatsgruppen end i kontrolgruppen, der var afklaret og således var "rykket videre" væk fra grupperingen som aktivitetsparat kontanthjælpsmodtager, herunder også andelen afklaret til uddannelse/beskæftigelse.

I studiet var 8 deltagere, som havde gennemgået en 6 mdr. lang socialmedicinsk indsats, afsluttet fra gruppen af aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere til en beskæftigelsesrettet gruppe (jobparat, fleksjob og revalidering) vs. 2 som havde modtaget vanlig indsats i Jobcentret. Yderligere var 4 deltagere afklaret til førtidspension i indsatsgruppen vs. 2 i kontrolgruppen, og således var i alt 12 deltagere fra indsatsgruppen afsluttet fra gruppen af aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere i indsatsgruppen vs. 4 deltagere i gruppen, som havde modtaget vanlig indsats i Jobcentret.

Undersøgelsens resultater tyder således samlet set på, at den beskrevne indsats kan have potentiale til at lede borgere i den dårligste gruppe i Jobcentret tættere på arbejdsmarkedet og hjælpe til hurtigere afklaring i forhold til den vanlige indsats i Jobcentret. En sådan indsats kan således muligvis mindske gruppen af borgere på langvarig kontanthjælp.

Resultaterne fra den kvantitative del af undersøgelsen understøttes i hovedtræk af den kvalitative undersøgelse. Deltagerne i kontrolgruppen beskrev deres oplevelse af forløbet i jobcenterets overvejende negativt, med kritikpunkter særligt i form af problemer med skiftende sagsbehandlere, fragmenterede forløb, manglende kommunikation og samarbejde mellem aktører og for høj grad af regelbundenhed. Modsat beskrev indsatsgruppen forløbet ved SC som overvejende positivt, og fremhævede som positive elementer især relationen til forløbskoordinator, et anderledes menneskesyn samt den brede faglighed. Der blev dog også fremhævet flere kritikpunkter og forslag til forbedringer, herunder især at indsatsen burde iværksættes tidligere samt at forløbet var for af for kort varighed.

Resultaterne bør dog tages med forbehold idet studiepopulationen meget lille, og der var alene tale om et pilotprojekt; effektstørrelse og dermed det absolutte potentiale skal især tages med betydeligt forbehold grundet det lille antal deltagere. Desuden ved vi ikke, hvor stor en del af effekten, der kan tillægges selve indsatsen, da deltagerne ikke var blinde, og enhver ekstra indsats/positiv opmærksomhed og støtte, som de måtte modtage, muligvis kan medføre en positiv effekt.

Indsatsen blev ikke beskrevet i en detaljeret manual, men alene med brede principper og vide rammer, indsatsen var løst defineret. Det betyder, at vi ikke ved, om indsatsen er generaliserbar og mulig at reproducere. En stor del af effekten kan være individbåret, og det kan spille en betydelig rolle, hvem der indgår som fagpersoner, og at teamet kan samarbejde og kender hinanden. Et nyt projekt udført med andre fagpersoner og under andre forhold vil derfor muligvis føre til et andet resultat.

Omvendt er netop de mindre skarpt definerede metoder netop en del af pointen, da dette tillader, at

processen i højere grad styres af deltagerens behov end af en prædefineret metode, som ikke nødvendigvis passer til en uforudset situation eller problematik. Ligeledes vil der formentlig været en del personbåret effekt, hvilket også understøttes af tidligere erfaringer.¹⁵⁵ Dette stiller store krav til engageret og intensiv ledelse, hyppig og grundig opfølgning og overordnet styring.

På denne måde kan man således konkludere, at studiet ikke undersøger en unik metode, men mere en tilgang til hele rehabiliteringsprocessen, med en individuelt tilpasset plan, fleksibilitet, hurtig handling og et bredt fagligt panel, under rammer præget af større grad af koordinering og flere umiddelbart tilgængelige faglige ressourcer, herunder også lægelige, end der normalt er tilgængeligt i jobcentret.

Sidst, men ikke mindst, må det fremhæves, at det endelige resultat (primære effektmål) ved follow up er vurderet ud fra, om deltageren var afklaret. En deltager kan være afklaret til fleksjob eller beskæftigelse uden reelt at være kommet i arbejde. De kan derved blot være skiftet til en anden offentlig ydelse, f.eks. ledighedsydelse eller kontanthjælp i en anden afdeling af jobcentret (jobparat). Dette er en stor svaghed ift. at kunne sige noget endeligt om, hvorvidt det reelt er lykkedes at få deltagerne i beskæftigelse. Adgang til forsørgelsesdata via f.eks. DREAM-registeret bør anvendes i et evt. fremtidigt studie. Der arbejdes på at få adgang til DREAM-data for nærværende studie.

Sammenlignet med resultaterne fra BeskæftigelsesIndikatorProjektet¹⁵⁶ fandtes i indsatsgruppen et sammenligneligt antal, som var blevet jobparate (11% vs. 14%) og var påbegyndt uddannelse (5% vs. 4%), mens flere havde fået bevilget fleksjob (6% vs. 11%). I kontrolgruppen var færre blevet jobparate (4%), færre var påbegyndt uddannelse (0%), og færre havde fået bevilget fleksjob (4). Dette kan måske være forårsaget af, at grupperne ikke var helt sammenlignelige mellem de to studier, idet der i vores studie indgik flere indvandrere fra ikke-vestlige lande (16% vs. 44%, ligesom opfølgningsperioden var 4 år i BIP versus 6 måneder i vores projekt.

På baggrund af nærværende pilotstudie anbefales yderligere studier inddragende flere kommuner og/eller med andre fagpersoner, som inddrager af erfaringerne fra dette pilotprojekt, herunder med undersøgelse af generaliserbarheden.

1.2 Diskussion af mulige årsager til indsatsens effekt

Ud over potentielle fejlkilder (jf. ovenfor), kan der nævnes flere mulige forhold, som kan have haft betydning for indsatsens effekt.

Projektgruppens tværfaglige sammensætning muliggjorde en mere grundig og samlet problemforståelse, både set fra en professionel faglig synsvinkel og set fra borgerens egen forståelse.

Det viste sig bl.a., at målgruppen havde betydende helbredsproblemer, som i mange tilfælde ikke var tilstrækkeligt udredt og behandlet. Jobcentrets muligheder for at afhjælpe dette som oftest begrænser sig til borgers egen læge, som ofte opleves svært tilgængelig, og private aktørers sundhedstilbud, som kan være af svingende kvalitet. I modsætning hertil har SC haft et bredt panel af læger og andre sundhedsprofessionelle til rådighed med særlig indblik i funktionsevne og beskæftigelsesproblematikker. Der har været flere services til rådighed i SC, som Jobcentret ikke har samme mulighed for at bevilge, herunder psykologsamtaler og individuel fysioterapeutisk vejledning.

¹⁵⁵ Rosholm et al. (2017)

¹⁵⁶ IBID

Den stærke og brede faglighed i forløbet ved SC blev også fremhævet af deltagerne i indsatsdelen i den kvalitative undersøgelse.

En anden mulig fordel i indsatsen har været forløbskoordinators profil og muligheder. Samarbejdet med deltager har således været karakteriseret ved inddragelse og en høj grad af fleksibilitet ift. både kontaktform og –sted, som er forsøgt klaret på deltagerens præmisser, hvilket ofte vil være svært opnåeligt for en sagsbehandler. Dette fremhæves også af deltagerne i den kvalitative undersøgelse. Alle forløbskoordinatorer i SC havde socialfaglig baggrund med særlig ekspertise indenfor beskæftigelsesområdet. Denne kombination har muligvis været gavnlig. Samarbejdet med forløbskoordinatoren blev ligeledes fremhævet som af stor betydning af deltagerne i indsatsdelen i den kvalitative undersøgelse, og relationen til beskæftigelsesmedarbejderen har da også i tidligere studier vist som en betydende prædiktiv faktor for TTA.¹⁵⁷ En fagligt godt rustet sagsbehandler eller mentor med tilsvarende ressourcer, som forløbskoordinatorerne ved SC, ville dog kunne udfylde funktionen lige så godt. Et godt forløb kræver dog også høj grad af koordination og høj faglighed i de enkelte indsatslementer, hvilket også fremhæves af deltagerne i den kvalitative undersøgelse. Dette kan under aktuelle forhold tænkes at blive en udfordring i de enkelte kommuner, hvor koordinering mellem og kvalitetssikring af mange interne og eksterne tilbud kan være en udfordring.

En tredje betydende faktor har været ledelsesfokus og prioritering med løbende evalueringsmøder og sparring samt mulighed for hurtig beslutning og eksekvering, også når problematikken var økonomisk. Nært beslægtet med dette har været det faktum, at hovedparten af deltagerens problemstillinger, herunder de betydende helbredsrelaterede, har kunnet håndteres samme sted under ét tag og med samme kontaktperson. Ledelsesfokus og –opbakning og deraf følgende implementeringsgrad har i tidligere studier været nævnt som mulig betydende faktor for forskelle mellem kommuners resultater af rehabiliteringsprojekter.¹⁵⁸

En fjerde betydende faktor har været muligheden for at lave individuelt tilpassede forløb, som passede til deltagerens udfordringer. Dette var afgørende, deltagerne præsenterede vidt forskellige problemstillinger og indsatserne blev tilsvarende individuelt tilpasset.

1.3 Udfordringer, barrierer og forbehold ift. indsatsen

Som nævnt ovenfor var indsatserne så forskelligartede, kan der ikke opstilles en enkel reproducérbar plan, som kan forventes at virke for alle eller endda for de fleste. Reproducérbarheden må forventes nærmere at ligge i den metodologiske tilgang og tankegang end i konkrete manualiserbare tiltag.

Indsatsen blev udført af samme team på samme afdeling, og der er derfor også en risiko for, at en del af effekten er personbåret og ikke kan reproduceres i en anden setting. Det samme gælder selve det forhold, at der har været tale om et projekt og ikke dagligdags arbejde, hvilket kan have påvirket projektmedarbejdernes motivation.

En stor del af deltagerne, men også sagsbehandlerne og projektmedarbejderne gav udtryk for, at deltagerne formentlig ville have haft større gavn af indsatsen tidligere i deres forløb, hvilket leder til overvejelser om, hvorvidt målgruppen er den rigtige. Tidligere indsats har muligvis potentiale til at

¹⁵⁷ IBID

¹⁵⁸ Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2012): KVIK-forsøgsprogrammet

forebygge langvarige kontanthjælpsforløb, men man risikerer på den anden side at spilde ressourcer på borgere, som havde klaret sig fint uden den ekstra støtte.

Der blev ligeledes i mange tilfælde peget på behovet for en mere længerevarende indsats end de 6 mdr.

Der opstod vanskeligheder i samme øjeblik der var behov for hjælp udefra, som altså ikke kunne leveres fra SC. Især skal nævnes den virksomhedsrettede indsats, som blev varetaget af kommunen som et af de eneste områder, og som i en del sager blev en barriere. Dette må forventes at have haft en betydende uheldig effekt, da det jo er et helt afgørende område for projektets formål, og da den virksomhedsrettede indsats vides at have stor effekt på beskæftigelse¹⁵⁹ Dette oplevedes også, om end i mindre grad, når der var behov for at henvise deltagerne til eksterne behandlingstilbud.

Ligeledes blev det svært uhensigtsmæssigt, når deltageren fik information flere forskellige steder fra, f.eks. ved at sagsbehandler involverede sig samtidig og sideløbende med forløbskoordinator uden at dette var koordineret ved f.eks. at iværksætte yderligere aktiviteter.

Vigtigheden af, at der eksekveres relevant – bedst fra dag til dag - og hurtigt på borgernes problemer stod tydeligt frem og i de forløb, hvor der har været forsinkelser på f.eks. psykologsamtale, har resultatet været tilsvarende dårligere.

Indsatsen ved SC har krævet betydende ressourcer, og man må formode, at ressourceforbruget per deltager har været noget højere i SC-indsatsen end i Jobcentret. Der foreligger dog endnu ikke økonomisk analyse, hvorfor dette ikke vides med sikkerhed. Flere borgere i Jobcentret var f.eks. visiteret til andre eksterne tilbud, som det ikke vides hvad koster.

Man må ligeledes overveje kapacitetsproblematikken i, hvis en enkelt regional funktion skal løfte opgaven for en hel regions kommuner.

Sidst, men ikke mindst, må man overveje om der kan opstå forvaltningsretslige eller myndighedsrelaterede problematikker ved, at en regional institution betales for at løse opgaver af denne karakter for kommuner. Dette er dog allerede tilfældet i kraft af lovgivningen om regionernes Kliniske Funktioner.

2.0 anbefalinger og ideer

For at undersøge om den fundne effekt er reel anbefales det, at man iværksætter et større projekt omfattende flere kommuner, og at man samtidig nøje overvejer målgruppen. Ikke mindst anbefales det, at man undersøger og sikrer sig mulighed for realistisk implementering.

2.1 I forhold til forskningsprojekt

Det anbefales, at man overvejer følgende forhold til et eventuelt kommende projekt:

- Målgruppe: Hvor skal der sættes ind?
 - Arbejdsmarkedshistorik
 - Antal år væk fra arbejdsmarkedet

¹⁵⁹ Graversen, Weise SFI 2001

- Deltagere med tolkebehov: Tolkebehov blev som den eneste identificeret som potentiel uafhængig faktor af betydning for muligheden for progression mod arbejdsmarkedstilknytning, og det anbefales derfor, at man gør sig særlige overvejelser vedrørende denne gruppe.
- Borgere i ressourceforløb
- Fraset ovennævnte fandtes der ikke belæg for at ekskludere deltagere på baggrund af specifikke diagnoser/problemstillinger, ej heller misbrug.
- Effektmål
 - Inkludering af reel beskæftigelsesstatus målt ved DREAM-data og ikke blot status i kommunens Jobcenter
 - Plan for opfølgning ud over 18 mdr.
 - Validerede spørgeskemaer
 - Mål for funktionsevne
 - Kvalitativ analyse
- Udbredelse
 - Flere deltagere
 - Flere kommuner med forskellig befolkningssammensætning
 - Perspektiver for implementering og strukturelle/lovgivningsmæssige barrierer

2.2 I forhold til indsatsen

Det anbefales, at man overvejer følgende forhold til et eventuelt kommende projekt:

- Fortsat udgangspunkt i principperne oplistet i beskrivelsen af indsatsen (beskrevet i del 2).
- Forløbskoordinator
 - Matching, f.eks. peer-metoden
 - Faglighed og metoder ift. f.eks. motivation
 - Tilgængelighed
- Samarbejde i projektgruppen
 - Ledelsesfokus
 - Adgang til supervision
- Services og eksternt samarbejde
 - Mulighed for hurtig eksekvering
 - Kerneopgaverne inden for eget hus, herunder virksomhedsrettet indsats og evt. psykiatrisk behandling
 - Virksomhedsrettet indsats
 - Egen læges rolle
 - Samarbejdet med sagsbehandler
- Tid
 - Mulighed for længere indsatsperiode end 6 mdr.
- Opfølgning, evaluering og måling mhp. at skabe overblik, fokus og sikre kontinuerlig motivation
 - Overvej strukturerede målsætninger og evaluering af progression
 - Evt. udgangspunkt i valideret funktionsevнемål, f.eks. International Classification of Functioning (ICF) eller indikatorerne fra BeskæftigelsesIndikatorProjektet (BIP)
- Deltagere

- Forløbsgrupper hvor deltagerne kan mødes
- Udbredelse
 - Kommuner
 - Praktisk implementering

3. Perspektivering

Tilknytning til arbejdsmarkedet har gavnlige effekter på mange planer. Ud over de åbenlyse samfundsøkonomiske gevinster, ser der også ud til at være potentielle betydelige helbredsgevinster for individet selv.

Sammenhængen mellem arbejde og helbred er kompleks, men overordnet set tyder evidensen på, at borgere, som er i stabilt og meningsfuldt arbejde under forsvarlige vilkår (dvs. også tilpasset den enkeltes evner og ressourcer), i mindre grad får fysisk og psykisk sygdom, ligesom dødeligheden er lavere. De omvendte effekter ses hos borgere uden for arbejdsmarkedet. F.eks. ser det ud til, at over halvdelen af borgere uden for arbejdsmarkedet (fraregnet arbejdsløse, førtidspensionister og alderspensionister) oplever sig stressede, over en tredjedel oplever, at de har dårligt mentalt helbred og en fjerdedel oplever, at de har dårligt fysisk helbred (Den Nationale Sundhedsprofil 2017). Dette tal er formentlig endda undervurderet grundet selektionsbias til undersøgelsen, og deltagerne i nærværende undersøgelser hører formentlig til blandt de dårligste.

Årsagerne til, at borgere på langvarig kontanthjælp oplever så mange helbredsproblemer kan skyldes manglende kontrol, en uforudsigelig hverdag, følelsen af ikke at være til nytte samt dårlig socioøkonomiske forhold, hvilket medfører uhensigtsmæssig livsførelse, social isolation m.v., som yderligere forstærker effekterne. Således er der alt i alt stærk evidens for, at det medfører dårligt helbred at stå uden for arbejdsmarkedet (Wadell et al. 2006), i hvert fald hos borgere, som har ressourcerne til at være på arbejdsmarkedet.

Omvendt ser det ud til, at arbejdsmarkedstilknytning kan have negative effekter hos en mindre gruppe af borgere (Wadell et al. 2006). Det er nærliggende at tænke, at en betydende del af denne gruppe udgøres af borgere, som er svært kronisk syge. Ud over det etisk problematiske i at understøtte helbredskskadelig arbejdsmarkedstilknytning, kan der også, selv om ydelsen på førtidspension er højere end kontanthjælpsatsen, være en samfundsøkonomisk gevinst i, at en borger opnår afklaring på førtidspension. Således tydede en undersøgelse fra Socialforskningsinstituttet fra 2014 på, at borgere havde over 8 procentpoint færre lægekontakter efter tilkendelse af førtidspension, sammenlignet med borgere med samme grad af sygdom, som ikke fik tilkendt førtidspension (SFI 2014).

Borgere på langvarig kontanthjælp er således i risiko for at få betydeligt dårligere helbred og udgør en betydelig samfundsøkonomisk udgift. Flere af deltagerne i studiet havde desuden børn, hvorfor den negative sociale arv også er en faktor, som må overvejes. I det store regnestykke er således formentlig kun tabere, når borgere går for længe på kontanthjælp.

Alt i alt tyder vores eksisterende viden, at der kan hentes store potentielt store samfundsmæssige gevinster i det store perspektiv ved at sikre hurtig og rigtig beskæftigelsesmæssig afklaring af borgere på langvarig overførselsindkomst. På trods af, at ressourcerne forbundet med en længerevarende socialmedicinsk indsats måske er noget større end hvad den vanlige indsats i Jobcentret koster, er der derfor muligvis meget at vinde, hvis indsatsen reelt viser sig at have effekt.

DEL 5: LITTERATURLISTE OG BILAG

Ishøj-projektet: Et pilot-studie

1.0 Litteraturliste

Arbejdsmarkedsstyrelsen (2003): Effekten af indsatsen over for dagpengemodtagere og kontanthjælpsmodtagere i 2002. København: Arbejdsmarkedsstyrelsen.

Arbejdsministeriet (2000): Effekter af aktiveringsindsatsen. København: Arbejdsministeriet.

Arendt, J. N. (2014): Effekter af kurser med vejledning og særligt tilrettelagt opkvalificering for ledige. En oversigt over danske og internationale kvantitative studier. København: KORA.

Arendt, J. N., Andersen, H. L., Saaby, M.: (2016): Måling af aktivitetsparate lediges vej mod beskæftigelse. København: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Bach H.B. (2002a): Aktiv Socialpolitik - en sammenfatning af revalideringer og aktivering. København: Socialforskningsinstituttet 02:16.

Bach H.B. (2002b): Kontanthjælpsmodtageres aktivering og arbejdsudbud. København: Socialforskningsinstituttet 02:3.

Bengtsson et al. (2014): Hvilken forskel gør tilkendes af førtidspension? SFI.

Bolvig, I., Jensen, P., Rosholm, M. (2001): Effekter af aktiveringsindsatsen i Århus kommune. Århus: Nationaløkonomisk Institut, Handelshøjskolen i Århus. CLS rapport.

Christensen, T.Q. (2002): Cost-effekt-analyser på den aktive socialpolitik. København: Socialforskningsinstituttet 2:2002.

Ejrnæs, M. & J. Guldager (2008): Helhedssyn og forklaring – i sociologi, socialt, sundhedsfagligt og pædagogisk arbejde. København: Akademisk Forlag.

Eskelinen, L., & Olesen, S. P. (2010). Beskæftigelsesindsatsen og dens virkninger set fra kontanthjælpsmodtagernes perspektiv. København: Anvendt Kommunal Forskning.

Glaser, B. G.; Strauss, A.L. (1967): The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Hawthorne, New York: Aldine de Gruyter.

Graversen, B.K. & Weise, H. (2001): Effekter af aktiveringsindsatsen over for kontanthjælpsmodtagere. København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdsrapport 2:2001.

Graversen, B. K. (2011): Tættere på arbejdsmarkedet? Om effektmåling af beskæftigelsesindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparate ledige. København: SFI. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Graversen, B. K. (2012): Effekter af virksomhedsrettet aktivering for udsatte ledige. En litteraturoversigt (SFI 12:20). København: SFI. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Guvå, G. & Hylander, I. (2005): Grounded theory, et teorigenererende forskningsperspektiv. København: Hans Reitzel Forlag, 1. udgave, 1. oplag.

Halkier, B. (2002): Fokusgrupper. Frederiksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.

Heiselberg, L. (2008): Fokusgrupper og forskellige intelligenser. Journal of Media and Communication Research. Vol. 24, no. 45.

Hoefschmidt et al. (2012): Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. J Occupat Rehab 2012; 22(4):462-77

Hohnen P., Mortensøn, M.D., Klitgaard C. (2007): Den korteste vej til arbejdsmarkedet, en kvalitativ undersøgelse af indsatsen over for ikke-arbejdsmarkedsparede ledige. København: Socialforskningsinstituttet, serietitel 07:12.

Houlberg et al. (2012): Evaluering af Det Store TTA-projekt. KORA.

Klüve, J. (2010): The effectiveness of European active labor market programs. Labour Economics, 17(6): 904-918.

Koivisto, J. (2007): What evidence base? Steps towards the relational evaluation of social interventions. Evidence & Policy 3(4): 527-537.

Koivisto, J. (2008): Relational Evaluation of Social Work Practice – Human Actors, Mediators, Socio-Material Networks. I I. Bryderup (red.): Evidence based and knowledge based social work. Århus: Aarhus University Press, 103-114.

Lytsy et al. (2017): Effectiveness of two vocational rehabilitation programmes in women with long-term sick leave due to pain syndrome or mental illness: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. J Rehabil Med. 2017 Jan;49(2):170-77.

Mik-Meyer, N.; Villadsen, K. (2007): Magtens former, sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren. København: Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 1. oplag.

Pawson, R. & N. Tilley (1997): Realistic Evaluation. London: Sage.

Rosholm et al.: "BeskæftigelsesIndikatorProjektet (BIP)", Væksthusets Forskningscenter

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2013): Pixi-pjece om Voksne Kontanthjælpsmodtagere

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2014): Slutevaluering, KVIK-forsøgsprogrammet.

Toomet, O. (2006): Threat Effect of the Labour Market Programmes in Denmark: Evidence from a Natural Experiment. Preliminary Version, 31 May 2006. Århus: Aarhus University, Department of Economics.

Wadell G., Burton A. K. (2010): Is work good for you health and well-being? The Stationary Office (TSO)

Øyeflaten et al. (2012): Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. - A 4-year follow-up of patients participating in a work-related rehabilitation program. BMC Public Health 2012 Sep 6.

2.0 Bilag

2.1 Spørgeskemaer

Alle spørgeskemaer var designet i SurveyXact og blev gennemført online.

2.1 Deltagerspørgeskema, inklusion

Deltagerspørgeskema

Evaluering af indsats fra Socialmedicinsk Enhed
Socialmedicinsk Enhed, Frederiksberg Hospital

1. ID-nummer (udfyldes af sagsbehandler)

2. Hvordan tror du, at du er forsørget om...

	Fuld offentlig forsørgelse	Fleksjob	Ordinær beskæftigelse
1 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hvordan vurderer du samlet set dit helbred?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

4. Hvordan vurderer du samlet set din sociale situation (økonomi, bolig, netværk, familiesituation m.v.)

- Dårlig
- Mindre god
- Nogenlunde
- God
- Vældig god

5. Hvor godt synes du, at din arbejdsevne er afklaret?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Meget godt

6. Hvor godt synes du, at din helbredsmæssige situation er afklaret?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

7. I hvor høj grad synes du, at du får den nødvendige hjælp til din sociale situation?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

8. Tror du, at en eller flere af følgende tiltag ville kunne få dig tættere på arbejdsmarkedet? Sæt flere krydser om nødvendigt.

- Helbredsmæssige tiltag (f.eks. behandling, træning, sundere livsstil og lign.)
- Sociale tiltag (f.eks. hjælp og støtte i hverdagen, afklaring af økonomi, bolig, familieproblemer og lign.)
- Beskæftigelsesrettede tiltag (f.eks. uddannelse, praktik, revalidering og lign.)
- Ingen tiltag kan få mig tættere på arbejdsmarkedet (OBS! Vælges denne, skal der kun være ét kryds!)
- Andet: _____

9. Har sagsbehandler hjulpet med udfyldelse af spørgeskemaet?

- Ja
- Nej

10. Kommentarer - hvis ingen skrives "Nej".

TAK FOR DIN BESVARELSE!

Tryk på "Afslut" nedenfor for at afslutte din besvarelse.

Du vil blive sendt videre til en tom side eller vinduet vil lukke - det betyder, at vi har modtaget din besvarelse.

2.2 Sagsbehandlerspørgeskema, inklusion

Inklusionsspørgeskema, sagsbehandler

Evaluering af indsats fra Socialmedicinsk Enhed
Socialmedicinsk Enhed, Frederiksberg Hospital

Besvares for borger med ID-nummer (IKKE cpr.nr.!)

Jeg har været sagsbehandler for borger...

- Under 1 år
- 1-3 år
- 3-5 år
- Over 5 år

Jeg har mødt borger...

- 1-2 gange
- 3-5 gange
- 5-10 gange
- Over 10 gange
- Jeg har aldrig mødt borger

DEL 1.0: DEMOGRAFISKE DATA

1.1 Civilstand

- Ugift/enlig
- Gift/samlevende
- Enkestand
- Fraskilt/separeret
- Andet: _____

1.2 Oprindelsesland

1.3 Hvordan vurderer du borgers dansk kundskaber?

- Dårlige
- Mindre gode
- Nogenlunde

- Gode
 Perfekte

1.4 Længst gennemførte uddannelse

- Førskole - 0. klasse
 Grundskole - 1. til og med 6. klasse
 Grundskole - 7. til og med 9. klasse
 Grundskole - 10. klasse
 Erhvervsuddannelse
 Gymnasial uddannelse
 Kort videregående uddannelse (1-2 år)
 Mellemlang videregående uddannelse (3-4 år)
 Lang videregående uddannelse (5-6 år)
 Forskeruddannelse (ph.d.)
 Uden for niveauplacing, beskriv _____

1.5 Antal år i ordinært arbejde

1.6 Seneste eller mest betydende beskæftigelse (din vurdering)

DEL 2.0: DIN VURDERING AF BORGER

2.1 Hvordan tror du, at borger er forsørget om...

	Fuld offentlig forsørgelse	Fleksjob	Ordinær beskæftigelse
1 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2. Hvordan vurderer du samlet set borgers helbred?

- Dårligt
 Mindre godt
 Nogenlunde
 Godt
 Vældig godt

2.3. Hvordan vurderer du samlet set borgers sociale situation (økonomi, bolig, netværk, familiesituation m.v.)

- Dårlig
- Mindre god
- Nogenlunde
- God
- Vældig god

2.4. Hvor godt synes du, at borgers arbejdsevne er afklaret?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

2.5. Hvor godt synes du, at borgers helbredsmæssige situation er afklaret?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

2.6. I hvor høj grad vurderer du, at borger har fået den nødvendige hjælp til sin sociale situation?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad
- Ej relevant

2.7. Tror du, at en eller flere af følgende tiltag ville kunne få borger tættere på arbejdsmarkedet? Sæt flere krydser om nødvendigt.

- Helbredsmæssige tiltag (f.eks. behandling, træning, sundere livsstil og lign.)
- Sociale tiltag (f.eks. hjælp og støtte i hverdagen, afklaring af økonomi, bolig, familieproblemer og lign.)
- Beskæftigelsesrettede tiltag (f.eks. uddannelse, praktik, revalidering og lign.)
- Ingen tiltag kan få borger tættere på arbejdsmarkedet (OBS! Vælges denne, skal der kun være ét kryds!)
- Andet: _____

3.0 Kommentarer/uddybende oplysninger. Hvis ingen skrives "Nej".

2.3 Deltagerspørgeskema, indsatsgruppe, follow up**INDSATSGRUPPE****Deltagerspørgeskema - Follow up**

Indsatsgruppe

Evaluering af indsats fra Socialmedicinsk Enhed

Socialmedicinsk Enhed, Frederiksberg Hospital

1. ID-nummer (udfyldes af sagsbehandler)

2. Hvordan tror du, at du er forsørget om....

	Fuld offentlig forsørgelse	Flexjob	Ordinær beskæftigelse
1 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hvordan vurderer du samlet set dit helbred?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

4. Hvordan vurderer du samlet set din sociale situation (økonomi, bolig, netværk, familiesituation m.v.)

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

5. I hvor høj grad synes du, at du har fået den nødvendige hjælp til at komme tættere på arbejdsmarkedet?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

6. Hvor godt synes du, at din arbejdsevne er afklaret?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

7. I hvor høj grad synes du, at du har fået den nødvendige hjælp til din helbredsmæssige situation?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

8. Hvor godt synes du, at din helbredsmæssige situation er afklaret?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

9. I hvor høj grad synes du, at du har fået den nødvendige hjælp til din sociale situation?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

10. Tror du, at en eller flere af følgende tiltag ville kunne få dig tættere på arbejdsmarkedet? Sæt flere krydser om nødvendigt.

- Helbredsmæssige tiltag (f.eks. behandling, træning, sundere livsstil og lign.)
- Sociale tiltag (f.eks. hjælp og støtte i hverdagen, afklaring af økonomi, bolig, familieproblemer og lign.)
- Beskæftigelsesrettede tiltag (f.eks. uddannelse, praktik, revalidering og lign.)
- Ingen tiltag kan få mig tættere på arbejdsmarkedet (OBS! Vælges denne, skal der kun være ét kryds!)
- Jeg er på arbejdsmarkedet
- Andet: _____

11. Har du oplevet indsatsen fra Socialmedicinsk Enhed som meningsfuld?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

12. Har indsatsen adskilt sig fra andre indsætter, du har været i?

- Ja, den har været bedre
- Ja, den har været dårligere
- Nej, ikke væsentligt
- Jeg har ikke været i indsætter tidligere

13. Hvordan har samarbejdet med fagpersonerne i indsatsen været?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

14. Har du oplevet, at du havde tilstrækkelig indflydelse på forløbet?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

15. Har du søgt job i perioden?

- Ja
- Nej

16. Kommentarer og inputs til forløbet - hvis ingen skrives "Nej".

17. Har sagsbehandler hjulpet med udfyldelse af spørgeskemaet?

- Ja
- Nej

TAK FOR DIN BESVARELSE!

Tryk på "Afslut" nedenfor for at afslutte din besvarelse.

Du vil blive sendt videre til en tom side eller vinduet vil lukke - det betyder, at vi har modtaget din besvarelse.

2.4 Deltagerspørgeskema, kontrolgruppe, follow up

KONTROLGRUPPE

Deltagerspørgeskema - Follow up

Evaluering af indsats fra Socialmedicinsk Enhed
Socialmedicinsk Enhed, Frederiksberg Hospital

1. ID-nummer (udfyldes af sagsbehandler)

2. Hvordan tror du, at du er forsørget om....

	Fuld offentlig forsørgelse	Flexjob	Ordinær beskæftigelse
1 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hvordan vurderer du samlet set dit helbred?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

4. Hvordan vurderer du samlet set din sociale situation (økonomi, bolig, netværk, familiesituation m.v.)

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

5. I hvor høj grad synes du, at du har fået den nødvendige hjælp til at komme tættere på arbejdsmarkedet?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

6. Hvor godt synes du, at din arbejdsevne er afklaret?

- Dårligt

- Gode
- Perfekte

1.4 Længst gennemførte uddannelse

- Førskole - 0. klasse
- Grundskole - 1. til og med 6. klasse
- Grundskole - 7. til og med 9. klasse
- Grundskole - 10. klasse
- Erhvervsuddannelse
- Gymnasial uddannelse
- Kort videregående uddannelse (1-2 år)
- Mellemlang videregående uddannelse (3-4 år)
- Lang videregående uddannelse (5-6 år)
- Forskeruddannelse (ph.d.)
- Uden for niveauplacing, beskriv _____

1.5 Antal år i ordinært arbejde

1.6 Seneste eller mest betydende beskæftigelse (din vurdering)

DEL 2.0: DIN VURDERING AF BORGER

2.1 Hvordan tror du, at borger er forsørget om...

	Fuld offentlig forsørgelse	Fleksjob	Ordinær beskæftigelse
1 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2. Hvordan vurderer du samlet set borgers helbred?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

Ønsker ikke at svare

12. Hvordan har samarbejdet med sagsbehandler været gennem de seneste 6 mdr.?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt
- Ønsker ikke at svare

13. Hvordan har samarbejdet med mentor været gennem de seneste 6 mdr.?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt
- Ønsker ikke at svare
- Ikke relevant

14. Har du oplevet, at du havde tilstrækkelig indflydelse på forløbet gennem de seneste 6 mdr.?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad
- Ønsker ikke at svare

15. Har du søgt job i løbet af de seneste 6 mdr.?

- Ja
- Nej

16. Kommentarer - hvis ingen skrives "Nej".

17. Har sagsbehandler hjulpet med udfyldelse af spørgeskemaet?

- Ja
- Nej

TAK FOR DIN BESVARELSE!
Tryk på "Afslut" nedenfor for at afslutte din besvarelse.

2.5 Sagsbehandlerspørgeskema, indsatsgruppe, follow up

INDSATSGRUPPE

Follow-up spørgeskema, sagsbehandler

Evaluering af indsats fra Socialmedicinsk Enhed
Socialmedicinsk Enhed, Frederiksberg Hospital

Besvares for borger med ID-nummer (IKKE cpr.nr.!)

Jeg er ny sagsbehandler for borger siden inklusionen

- Ja, borger har skiftet sagsbehandler siden inklusionen
 Nej, jeg var også sagsbehandler for borger ved inklusionen

DEL 1.0: DIN VURDERING AF BORGER

1.1 Hvordan tror du, at borger er forsørget om...

	Fuld offentlig forsørgelse	Flexjob	Ordinær beskæftigelse
1 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 Hvordan vurderer du samlet set borgers helbred?

- Dårligt
 Mindre godt
 Nogenlunde
 Godt
 Vældig godt

1.3 Hvordan vurderer du samlet set borgers sociale situation (økonomi, bolig, netværk, familiesituation m.v.)

- Dårlig
 Mindre god
 Nogenlunde
 God

Vældig god

1.4 I hvor høj grad synes du, at borger har fået den nødvendige hjælp til at komme tættere på arbejdsmarkedet?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

1.5 Hvor godt synes du, at borgers arbejdsevne er afklaret?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

1.6 I hvor høj grad synes du, at borger har fået den nødvendige hjælp til din helbredsmæssige situation?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

1.7 Hvor godt synes du, at borgers helbredsmæssige situation er afklaret?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

1.8 I hvor høj grad vurderer du, at borger har fået den nødvendige hjælp til sin sociale situation?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

1.9 Tror du, at en eller flere af følgende tiltag ville kunne få borger tættere på arbejdsmarkedet? Sæt flere krydser om nødvendigt.

- Helbredsmæssige tiltag (f.eks. behandling, træning, sundere livsstil og lign.)
- Sociale tiltag (f.eks. hjælp og støtte i hverdagen, afklaring af økonomi, bolig, familieproblemer og lign.)
- Beskæftigelsesrettede tiltag (f.eks. uddannelse, praktik, revalidering og lign.)

- Ingen tiltag kan få borger tættere på arbejdsmarkedet (OBS! Vælges denne, skal der kun være ét kryds!)
- Borger er allerede på arbejdsmarkedet
- Andet: _____
-

DEL 2.0: DIN VURDERING AF INDSATSEN

2.1 Har du som sagsbehandler oplevet indsatsen fra Socialmedicinsk Enhed som meningsfuld for borger?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

2.2 Vurderer du, at indsatsen har bragt borger tættere på arbejdsmarkedet?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

2.2 Kommentarer og inputs - hvis ingen skrives "Nej".

TAK FOR DIN BESVARELSE!

Tryk på "Afslut" nedenfor for at afslutte din besvarelse.
Du vil blive sendt videre til en tom side eller vinduet vil lukke - det betyder, at vi har modtaget din besvarelse.

2.6 Sagsbehandlerspørgeskema, kontrolgruppe, follow up

KONTROLGRUPPE

Follow-up spørgeskema, sagsbehandler

Evaluering af indsats fra Socialmedicinsk Enhed
Socialmedicinsk Enhed, Frederiksberg Hospital

Besvares for borger med ID-nummer (IKKE cpr.nr.)

Jeg er ny sagsbehandler for borger siden inklusionen

- Ja, borger har skiftet sagsbehandler siden inklusionen
 Nej, jeg var også sagsbehandler for borger ved inklusionen
-

DEL 1.0: DIN VURDERING AF BORGER

1.1 Hvordan tror du, at borger er forsørget om...

	Fuld offentlig forsørgelse	Fleksjob	Ordinær beskæftigelse
1 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 Hvordan vurderer du samlet set borgers helbred?

- Dårligt
 Mindre godt
 Nogenlunde
 Godt
 Vældig godt

1.3 Hvordan vurderer du samlet set borgers sociale situation (økonomi, bolig, netværk, familiesituation m.v.)

- Dårlig
 Mindre god
 Nogenlunde
 God

Vældig god

1.4 I hvor høj grad synes du, at borger har fået den nødvendige hjælp til at komme tættere på arbejdsmarkedet?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

1.5 Hvor godt synes du, at borgers arbejdsevne er afklaret?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

1.6 I hvor høj grad synes du, at borger har fået den nødvendige hjælp til din helbredsmæssige situation?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

1.7 Hvor godt synes du, at borgers helbredsmæssige situation er afklaret?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

1.8 I hvor høj grad vurderer du, at borger har fået den nødvendige hjælp til sin sociale situation?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

1.9 Tror du, at en eller flere af følgende tiltag ville kunne få borger tættere på arbejdsmarkedet? Sæt flere krydser om nødvendigt.

- Helbredsmæssige tiltag (f.eks. behandling, træning, sundere livsstil og lign.)
- Sociale tiltag (f.eks. hjælp og støtte i hverdagen, afklaring af økonomi, bolig, familieproblemer og lign.)
- Beskæftigelsesrettede tiltag (f.eks. uddannelse, praktik, revalidering og lign.)

- Ingen tiltag kan få borger tættere på arbejdsmarkedet (OBS! Vælges denne, skal der kun være ét kryds!)
- Borger er allerede på arbejdsmarkedet
- Andet: _____
-

DEL 2.0: EVALUERING AF JOBCENTRETS INDSATS

2.1 Har du oplevet Jobcentrets indsats det seneste halve år som meningsfuld for borger?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

2.2 Har Jobcentrets indsats bragt borger tættere på arbejdsmarkedet?

- Slet ikke
- I ringe grad
- I nogen grad
- I høj grad
- I optimal grad

2.3 Hvordan vurderer du dit samarbejde med borger?

- Dårligt
- Mindre godt
- Nogenlunde
- Godt
- Vældig godt

2.4 Har borger været i praktik i perioden?

- Ja, og det er gået/går godt
- Ja, men det er gået/går dårligt
- Ja, men jeg er usikker på, hvordan det er gået/går
- Nej

2.5 Kommentarer og inputs - hvis ingen skrives "Nej".

2.2 Samlede spørgeskemadata

Da 2 i kontrolgruppen og 1 i indsatsgruppen var lost to follow up, præsenteres spørgeskemadata for 24 deltagere i kontrolgruppen og 27 i indsatsgruppen. Der var ingen forskel i demografiske data sv.t. tabel 2.1. mellem kontrol- og indsatsgruppe (data ikke vist), fraset at deltagerne i kontrolgruppen var signifikant ældre end deltagerne i indsatsgruppen (gennemsnitsalder 46 vs. 39 år, $p=0.02$).

I kontrolgruppen hhv. indsatsgruppen havde 62 hhv. 30% fået hjælp af sagsbehandler til udfyldelse af spørgeskemaet ved baseline, mens 79 hhv. 58% havde fået hjælp ved follow up.

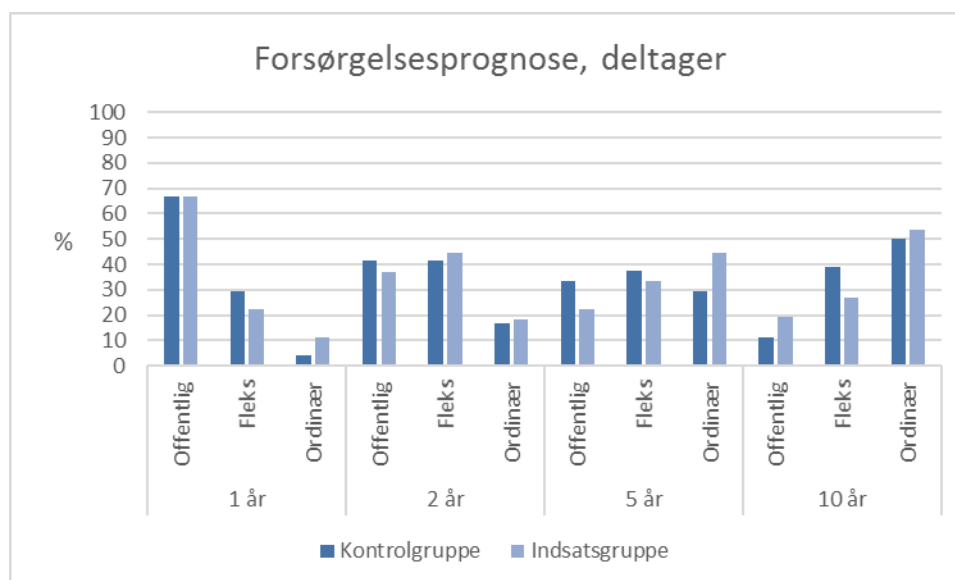
2.3.1 Baseline data

I dette afsnit præsenteres data for, hvordan deltagerne hhv. sagsbehandlerne har besvaret spørgeskemaer ved studiets start.

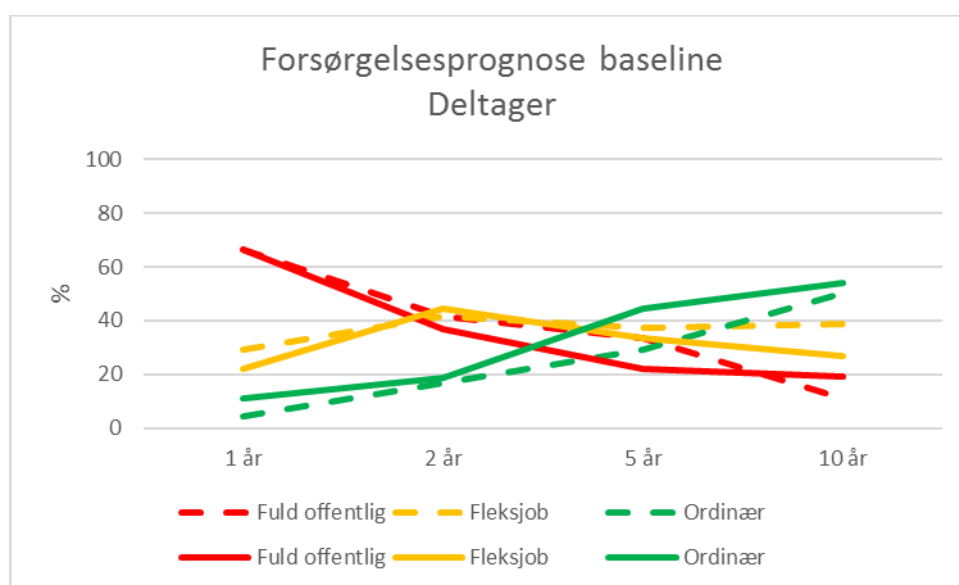
Forsørgelsesprognose

Der var ingen signifikant forskel ved baseline mellem deltagerne i kontrolgruppens hhv. indsatsgruppens vurdering af egen forsørgelsesprognose om hverken 1, 2, 5 eller 10 år. Samlet set vurderede 43% af deltagerne, at de ville komme i ordinært arbejde efter 10 år, og yderligere 26% vurderede, at de ville komme i fleksjob, og ca. 13 % vurderede, at de fortsat ville være fuldt offentligt forsørgede om 10 år. Se figur 2.3.1.1 Af figur 2.3.1.2 ses også, at kontrolgruppens- og indsatsgruppens vurdering af forsørgelsesprognose følges rimeligt godt ad.

Figur 2.3.1.1 Deltagers egen vurdering af forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år i kontrol hhv. indsatsgruppe ved baseline. Vurderingen ved 10 år er renset for deltagere, som om 10 år vil være over pensionsalderen ($n=1$ i indsatsgruppen, $n=6$ i kontrolgruppen).

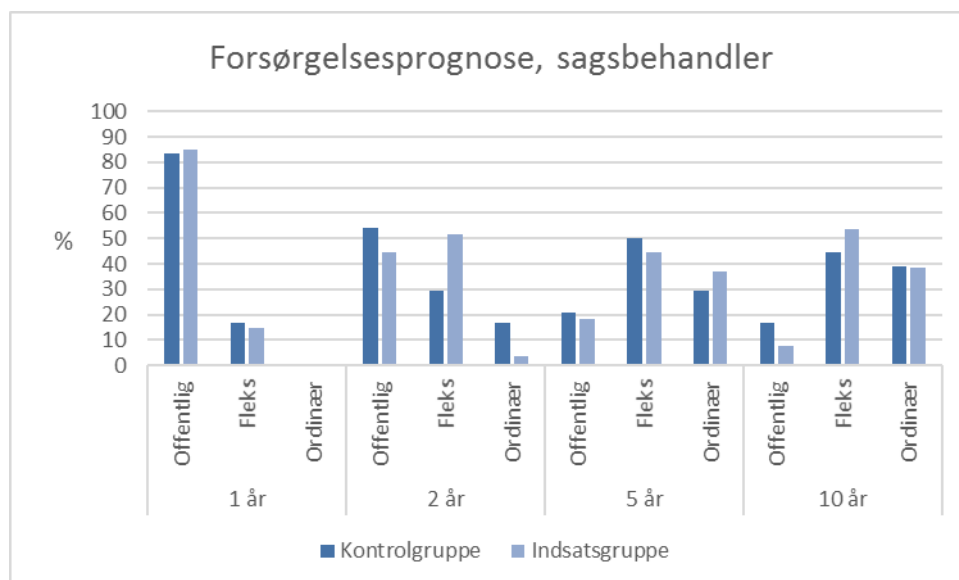


Figur 2.3.1.2 Deltagernes egen vurdering af forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år i kontrol- (stiplet linje) hhv. indsatsgruppe (optrukken linje) ved baseline. Vurderingen ved 10 år er rensset for deltagere, som om 10 år vil være over pensionsalderen (n=1 i indsatsgruppen, n=6 i kontrolgruppen).



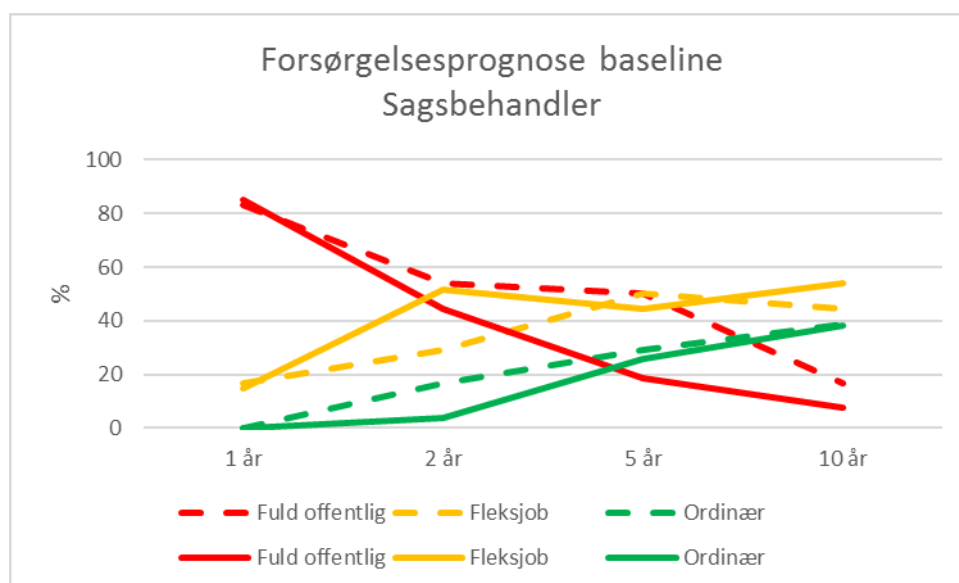
Der var ingen signifikant forskel ved baseline mellem sagsbehandlernes vurdering af kontrolgruppens hhv. indsatsgruppens forsørgelsesprognose om hverken 1, 2, 5 eller 10 år. Se figur 2.3.1.3.

Figur 2.3.1.3 Sagsbehandlers vurdering af forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år i kontrol hhv. indsatsgruppe ved baseline. Vurderingen ved 10 år er rensset for deltagere, som om 10 år vil være over pensionsalderen (n=1 i indsatsgruppen, n=6 i kontrolgruppen).



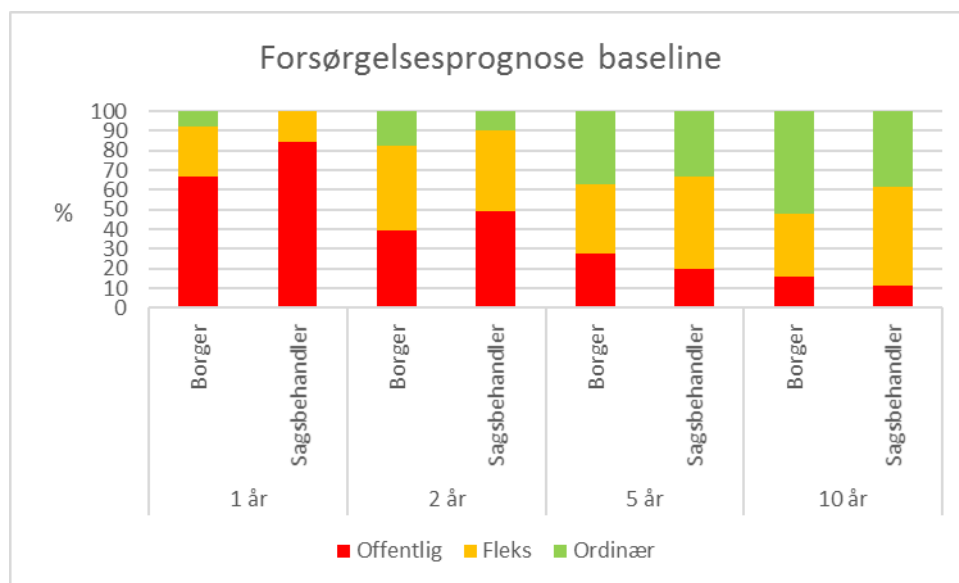
Af figur 2.3.1.4 ses, at der er en tendens til, at sagsbehandlerne vurderer, at færre deltagere i indsatsgruppen end i kontrolgruppen vil være langvarigt på fuld offentlig forsørgelse, men vurderingerne ift. fleksjob og ordinært arbejde er nogenlunde sammenlignelige.

Figur 2.3.1.4 Sagsbehandlerne vurdering af deltagerne forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år i kontrol- (stiplet linje) hhv. indsatsgruppe (optrukket linje) ved baseline. Vurderingen ved 10 år er renset for deltagere, som om 10 år vil være over pensionsalderen (n=1 i indsatsgruppen, n=6 i kontrolgruppen).



Der var ingen signifikant forskel ved baseline mellem sagsbehandlerne hhv. deltagerne vurdering af deltagerne forsørgelsesprognose om hverken 1, 2, 5 eller 10 år. Se figur 2.3.1.5.

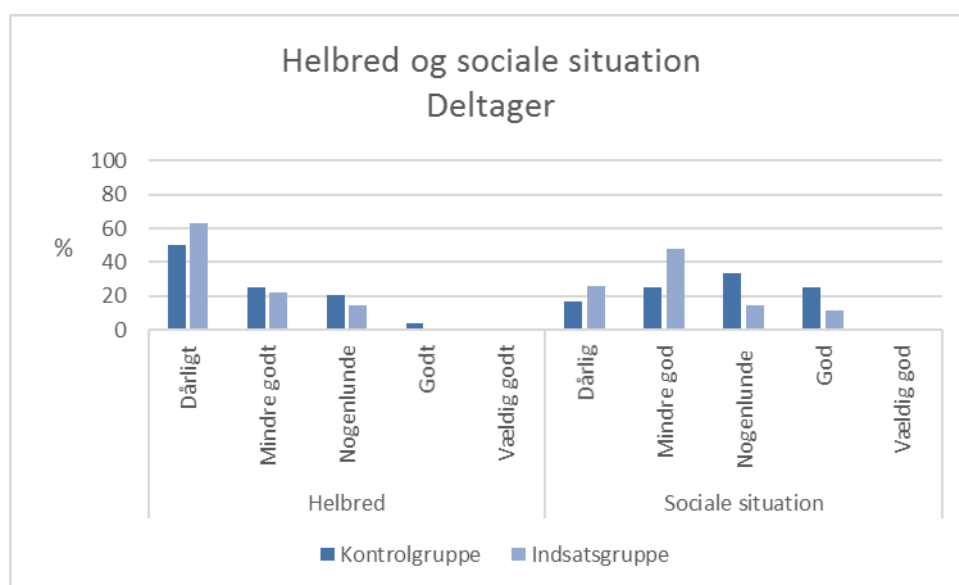
Figur 2.3.1.5 Sagsbehandler hhv. deltageres egen vurdering af forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline. Vurderingen ved 10 år er renset for deltagere, som om 10 år vil være over pensionsalderen (n=1 i indsatsgruppen, n=6 i kontrolgruppen).



Helbred og sociale situation

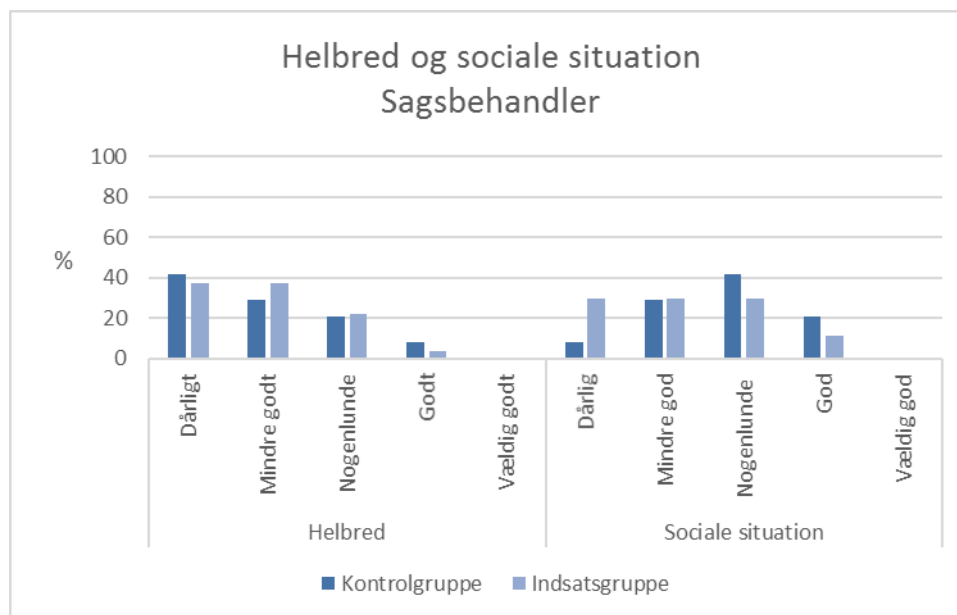
Deltagerne vurderede generelt deres helbred dårligt (ingen signifikant forskel mellem kontrol- og indsatsgruppe), og deres sociale situation som mindre god. Der var tendens til, at flere deltagere i indsatsgruppen vurderede deres sociale situation som "mindre god" (48 vs. 25%, $p=0.09$); der var ingen signifikante forskelle mellem grupperne. Se figur 2.3.1.6.

Figur 2.3.1.6 Deltagers egen vurdering af helbred samt sociale situation ved baseline.



Sagsbehandlerne vurderede generelt deltagerens helbred som dårligt eller mindre godt (ingen forskel mellem kontrol- og indsatsgruppe), og deres sociale situation som mindre god eller nogenlunde. På grænsen til signifikant flere sagsbehandlere vurderede, at en deltager i indsatsgruppen havde en "dårlig" social situation end i kontrolgruppen (30 vs. 8%, $p=0.06$). Der var ingen øvrige signifikante forskelle mellem grupperne. Se figur 2.3.1.7.

Figur 2.3.1.7 Sagsbehandlers vurdering af deltagernes helbred samt sociale situation ved baseline.

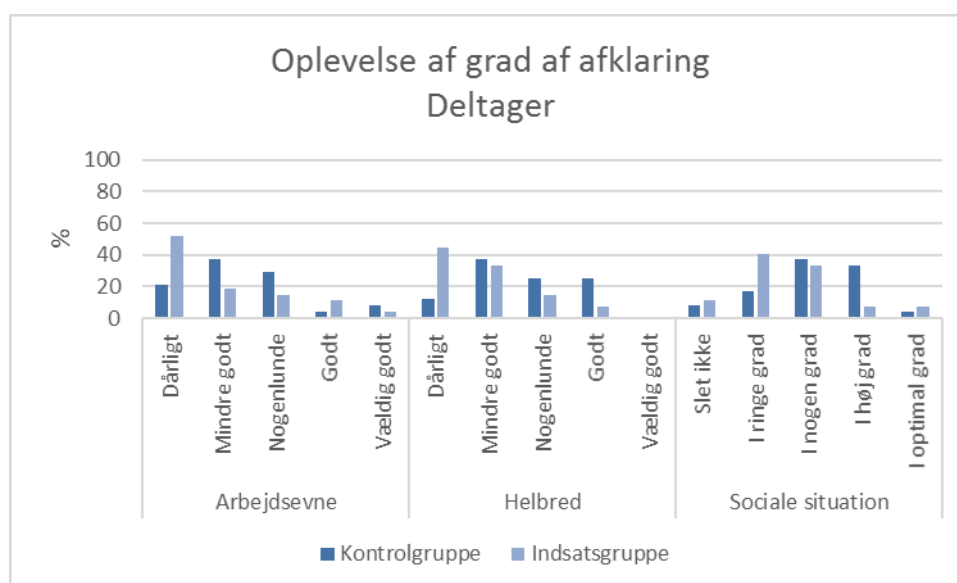


Signifikant flere deltagere vurderede deres helbred som dårligt ift. sagsbehandlerne (57 vs. 39%, $p=0.04$). Der var ingen øvrige forskelle mellem sagsbehandlers og deltagernes vurdering af helbred og sociale situation (data ikke vist).

Oplevelse af afklaring

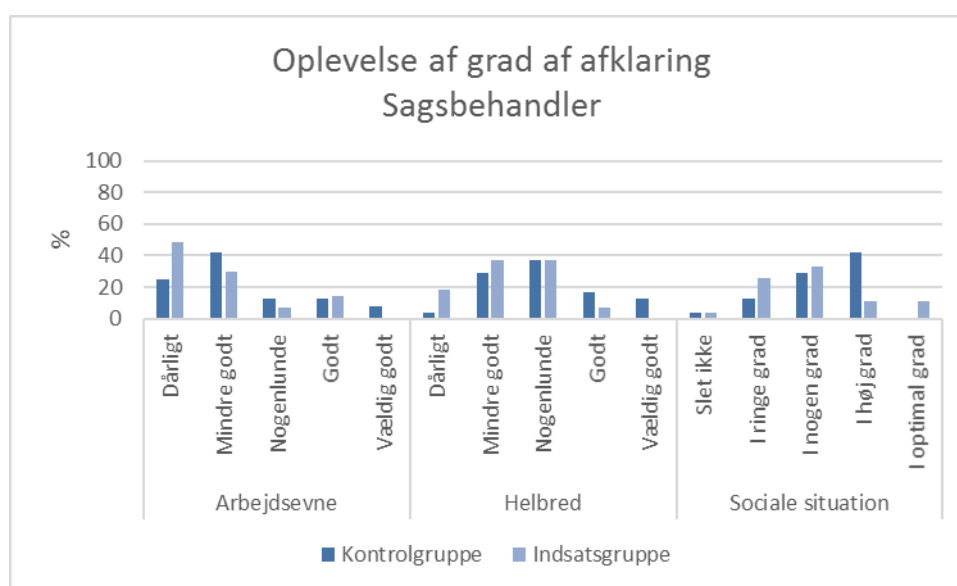
Flere deltagere i indsatsgruppen oplevede at deres arbejdsevne (52 vs. 21%, $p=0.02$) og helbred (44 vs. 13%, $p=0.01$) var dårligt afklaret ift. i kontrolgruppen. Flere deltagere i kontrolgruppen oplevede, at de i høj grad havde fået den nødvendige hjælp til deres sociale situation (7 vs. 33%, $p=0.02$). Der var ikke yderligere signifikante forskelle. Se figur 2.3.1.8.

Figur 2.3.1.8 Deltagers vurdering af graden af afklaring af eget helbred, arbejdsevne og om de oplever at have fået den nødvendige hjælp til sin sociale situation ved baseline.



Der var ingen signifikante forskelle i sagsbehandlers vurdering af graden af afklaring af deltagernes helbred og arbejdsevne mellem indsats- og kontrolgruppen. Sagsbehandlerne vurderede, at flere deltagere i kontrolgruppen ”i høj grad” havde fået den nødvendige hjælp til deres sociale situation end i indsatsgruppen (42 vs. 11%, $p=0.01$). Se figur 2.3.1.9.

Figur 2.3.1.9 Sagsbehandlers vurdering af graden af afklaring af deltagers helbred, arbejdsevne og om de oplever at deltageren har fået den nødvendige hjælp til sin sociale situation ved baseline.

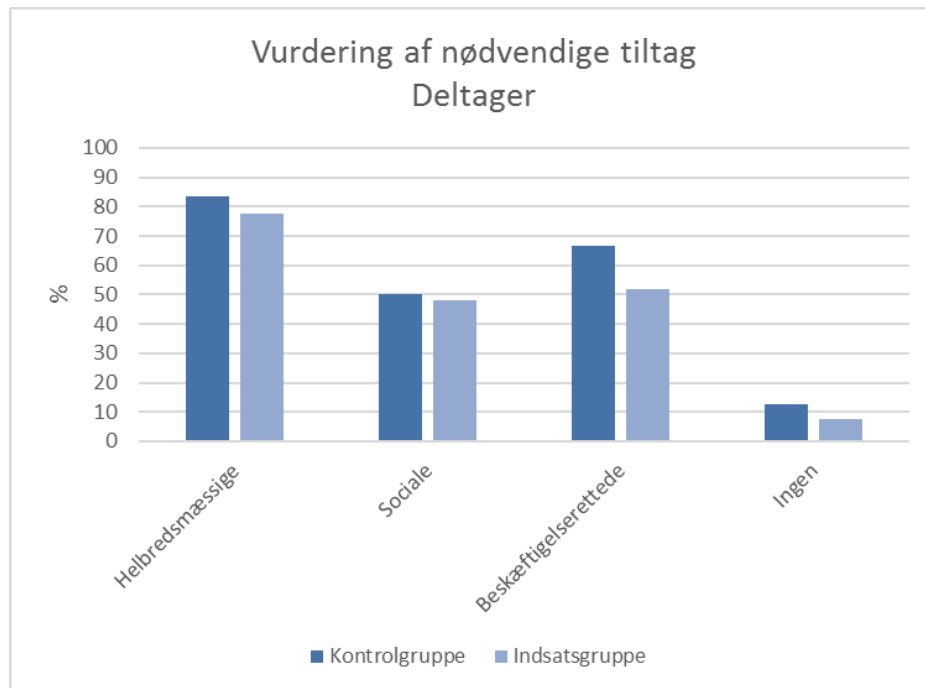


Deltagerne vurderede oftere deres afklaring af helbred dårligere end sagsbehandlerne gjorde (12 vs. 29%, $p=0.01$). Der var ingen øvrige signifikante forskelle mellem deltagernes og sagsbehandlerens vurdering af afklaringsgradernes og sagsbehandlerens vurdering af afklaringsgrad (data ikke vist).

Hvad kan bringe deltageren tættere på arbejdsmarkedet?

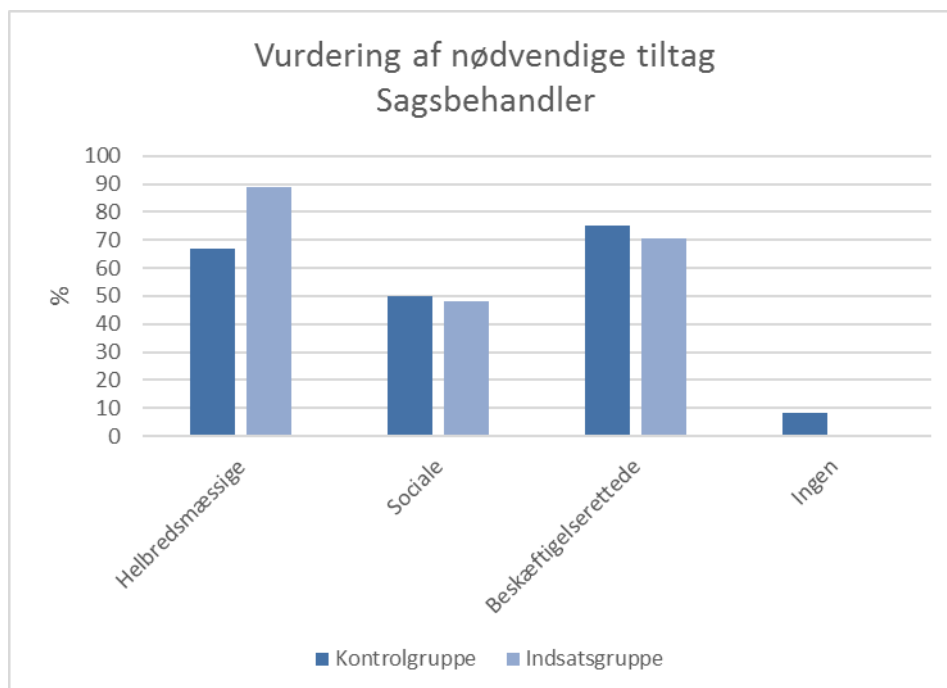
Der var ingen signifikant forskel mellem hvilke typer af tiltag deltagerne i kontrol- hhv. indsatsgruppen vurderede kunne bringe dem tættere på arbejdsmarkedet. Se figur 2.3.1.10.

Figur 2.3.1.10 Deltagernes vurdering af, hvilke tiltag som kan bringe vedkommende tættere på arbejdsmarkedet (flere svar mulige).



Der var ingen signifikante forskelle mellem hvilke typer af tiltag sagsbehandlerne mente kunne bringe deltagerne tættere på arbejdsmarkedet mellem kontrol- og indsatsgruppen. Se figur 2.3.1.11.

Figur 2.3.1.11 Sagsbehandlers vurdering af, hvilke tiltag som kan bringe deltager tættere på arbejdsmarkedet (flere svar mulige).

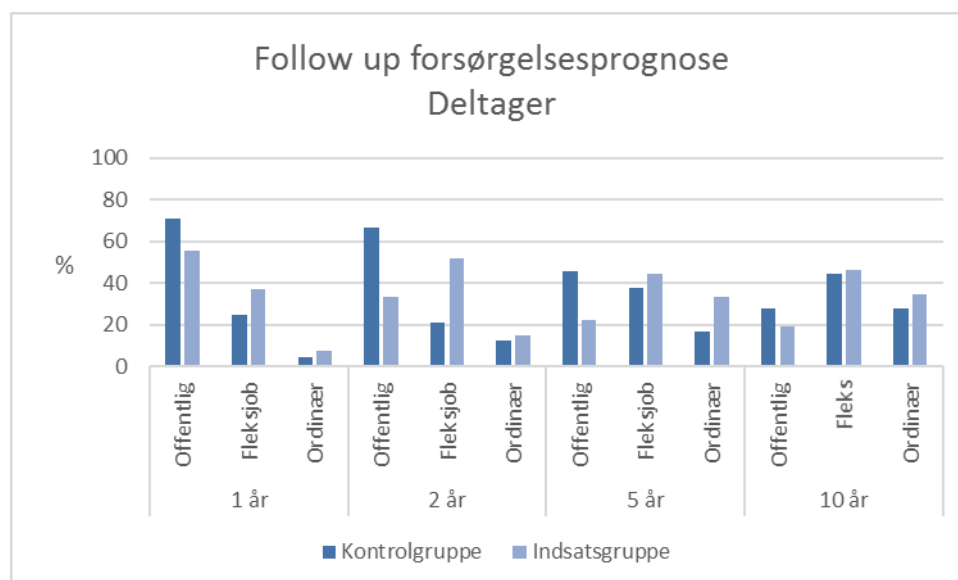


2.3.2 Follow up spørgeskemadata

Forsørgelsesprognose

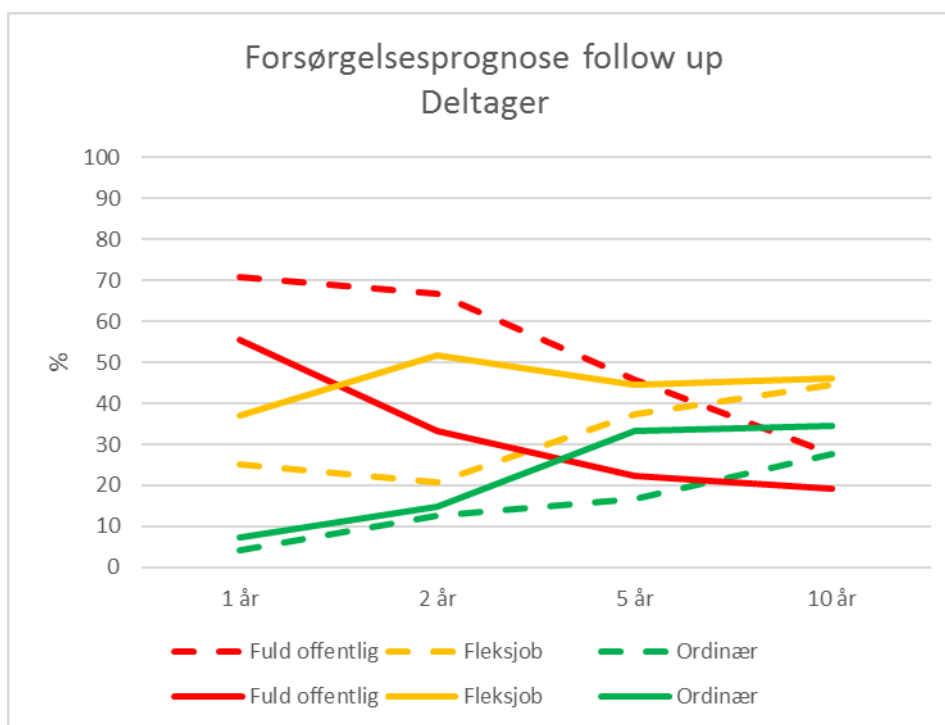
Ved 6 mdrs. follow up vurderede flere deltagere i kontrolgruppen, at de ville være på offentlig forsørgelse ift. i indsatsgruppen om 2 år (67 vs. 33%, $p=0.02$), hvilket også var på grænsen til signifikant ved vurdering om 5 år (46 vs. 22%, $p=0.07$). Færre deltagere i kontrolgruppen vurderede, at de ville være i fleksjob om 2 år ift. i indsatsgruppen (21 vs. 52%, $p=0.02$). Se figur 2.3.2.1.

Figur 2.3.2.1 Deltagers egen vurdering af forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år i kontrol hhv. indsatsgruppe ved 6 mdrs. follow up. Vurderingen ved 10 år er renset for deltagere, som om 10 år vil være over pensionsalderen ($n=1$ i indsatsgruppen, $n=6$ i kontrolgruppen).



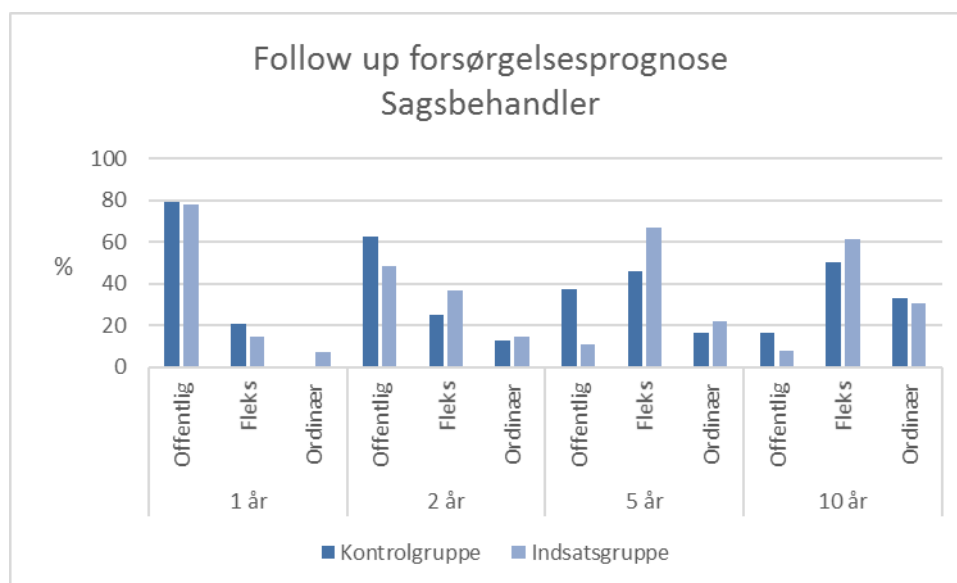
Af figur 2.3.2.2 ses en tendens til, at deltagerne i indsatsgruppen ved follow up i mindre grad vurderede, at de ville være på offentlig forsørgelse og i højere grad, at de ville være i fleksjob eller i ordinært arbejde end deltagerne i kontrolgruppen.

Figur 2.3.2.2 Deltagernes egen vurdering af forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år i kontrol- (stiplet linje) hhv. indsatsgruppe (optrukket linje) ved 6 mdrs. follow up. Vurderingen ved 10 år er renset for borgere, som om 10 år vil være over pensionsalderen (n=1 i indsatsgruppen, n=6 i kontrolgruppen).



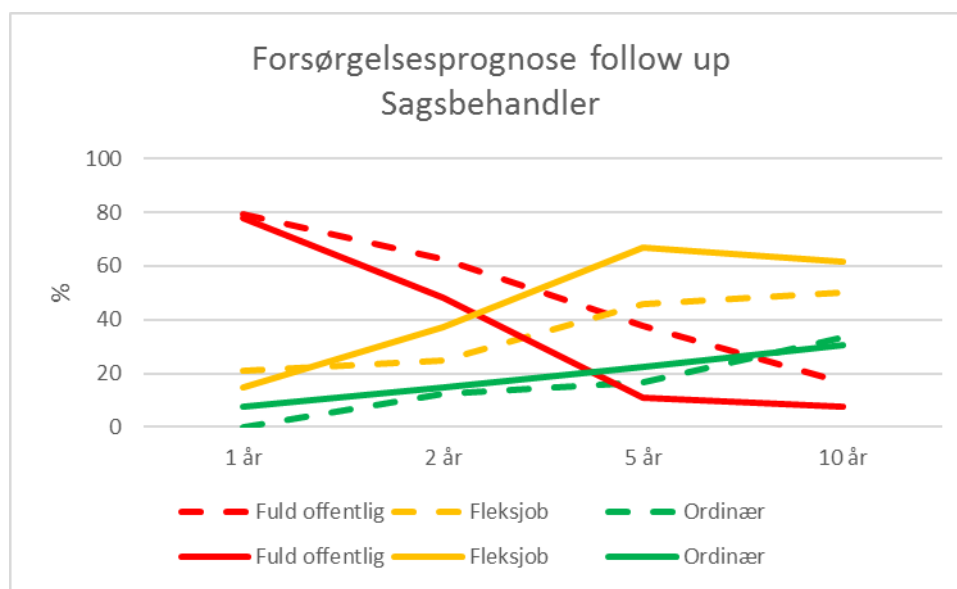
Sagsbehandlerne vurderede at flere deltagere i kontrolgruppen ville være på offentlig forsørgelse ift. i indsatsgruppen om 5 år (38 vs. 11%, $p=0.03$). Der var ingen yderligere signifikante forskelle. Se figur 2.3.2.3.

Figur 2.3.2.3. Sagsbehandlers vurdering af deltagernes forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år i kontrol hhv. indsatsgruppe ved 6 mdrs. follow up. Vurderingen ved 10 år er renset for deltagere, som om 10 år vil være over pensionsalderen (n=1 i indsatsgruppen, n=6 i kontrolgruppen).



Af figur 2.3.2.4 ses en tendens til, at sagsbehandlerne ved follow up vurderede, at deltagerne i indsatsgruppen i mindre grad ville være på offentlig forsørgelse og i højere grad ville være i fleksjob end deltagerne i kontrolgruppen, mens vurderingen ift. ordinært arbejde var stort set ens mellem de to grupper.

Figur 2.3.2.4. Deltagernes egen vurdering af forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år i kontrol- (stiplet linje) hhv. indsatsgruppe (optrukket linje) ved 6 mdrs. follow up. Vurderingen ved 10 år er renset for deltagere, som om 10 år vil være over pensionsalderen (n=1 i indsatsgruppen, n=6 i kontrolgruppen).



I alt vurderede 25 hhv. 32% af deltagerne, at de ville komme i ordinært arbejde efter 5 hhv. 10 år, og yderligere 41 hhv. 45% vurderede, at de ville komme i fleksjob; således vurderede 33 hhv. 23% af de ville være fuldt offentligt forsørgede om 5 hhv. 10 år.

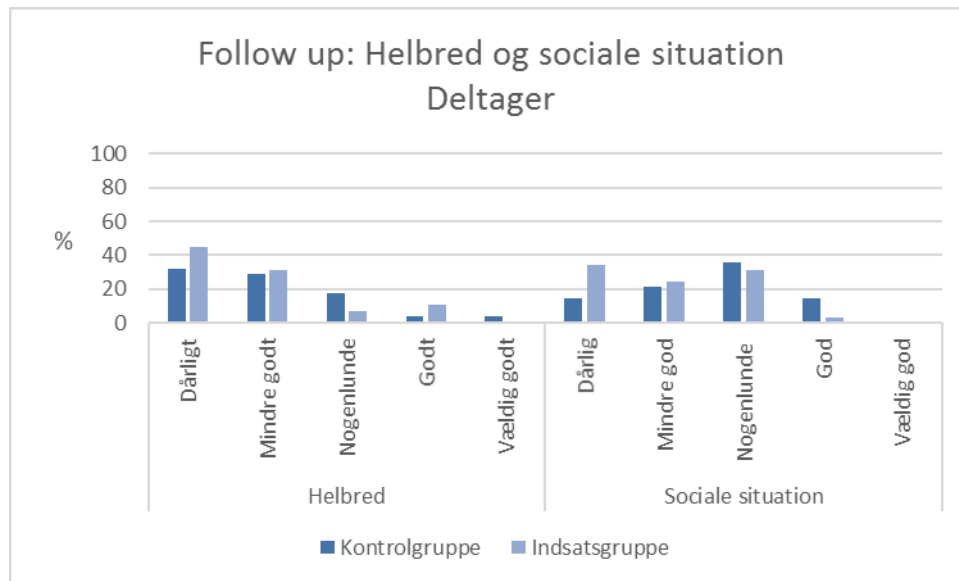
I alt vurderede 20 hhv. 32% af sagsbehandlerne, at deltageren ville komme i ordinært arbejde efter 5 hhv. 10 år, og yderligere 57 hhv. 57% vurderede, at de ville komme i fleksjob; således vurderede 24 hhv. 11% at deltageren ville være fuldt offentligt forsørgede om 5 hhv. 10 år. Se figur 2.3.2.5.

Sagsbehandlerne vurderede, at flere deltagere i ville komme i fleksjob efter 5 år ift. hvad deltagerne selv gjorde (57 vs. 41%, $p=0.02$). Der var ingen andre signifikante forskelle mellem deltagerne og sagsbehandlerne vurderinger.

Helbred og sociale situation

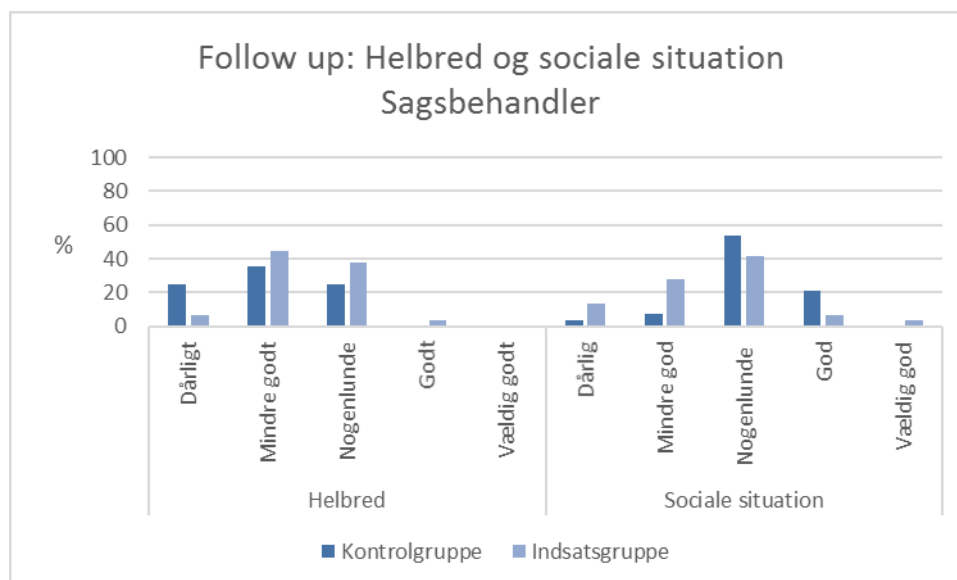
Borgerne vurderede generelt deres helbred dårligt eller mindre godt, og deres sociale situation som dårlig, mindre god eller nogenlunde (ingen forskel mellem kontrol- og indsatsgruppe). Se figur 2.3.2.5.

Figur 2.3.2.5 Deltagers egen vurdering af helbred samt sociale situation ved 6 mdrs. follow up.



Sagsbehandlerne vurderede oftere at deltagere i kontrolgruppen havde en "god" social situation (29 vs. 7%, $p=0.03$). Der var ikke yderligere signifikante forskelle i sagsbehandleres vurdering af deltagernes helbred eller sociale situation. Se figur 2.3.2.6.

Figur 2.3.2.6 Sagsbehandleres vurdering af deltagernes helbred samt sociale situation ved 6 mdrs. follow up.

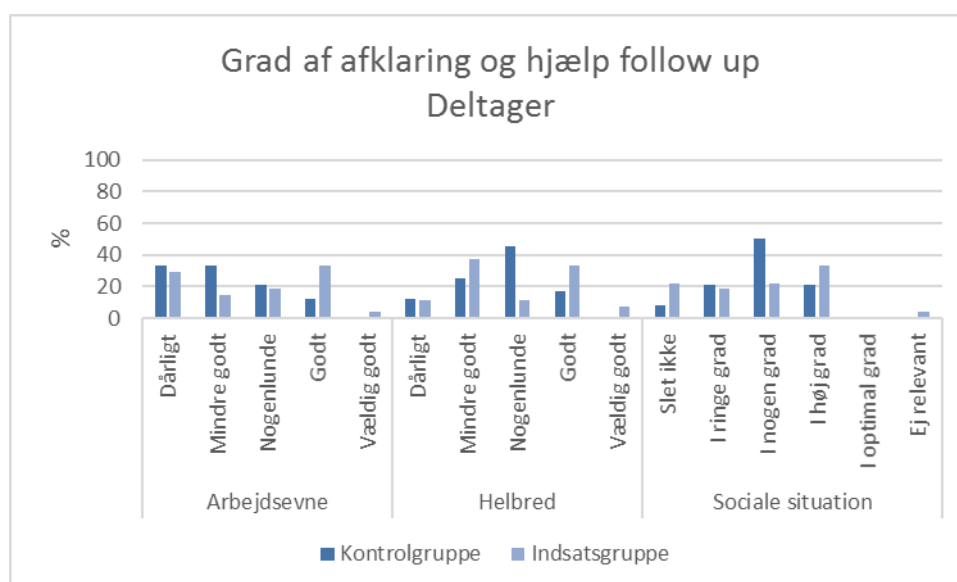


Ift. sagsbehandlerne vurderede deltagerne oftere deres helbred som "dårligt" (18 vs. 43%, $p < 0.01$) og deres sociale situation som "dårlig" (10 vs. 27%, $p < 0.01$).

Oplevelse af afklaring og hjælp

Flere deltagere i kontrolgruppen ift. i indsatsgruppen vurderede deres helbred som "nogenlunde" afklaret (46 vs. 11%, $p < 0.01$), og at de "i nogen grad" havde fået tilstrækkelig hjælp til deres sociale situation (50 vs. 22%, $p = 0.04$). Der var ingen yderligere signifikante forskelle mellem deltagernes vurdering af afklaring af arbejdsvejen mellem kontrol- og indsatsgruppen. Se figur 2.3.2.7.

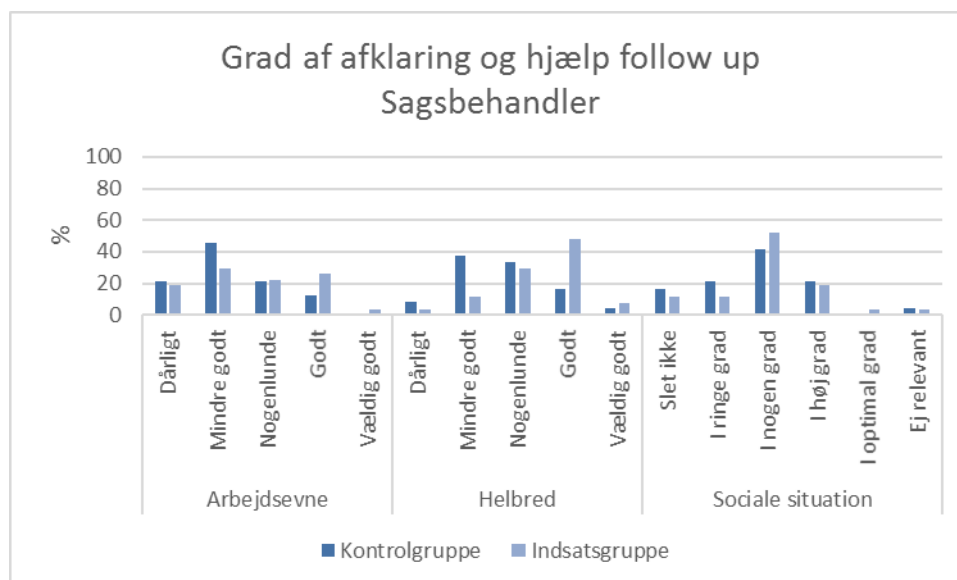
Figur 2.3.2.7 Deltagernes vurdering af graden af afklaring af eget helbred, arbejdsvej og om vedkommende oplever at have fået den nødvendige hjælp til sin sociale situation ved 6 mdr. follow up.



Sagsbehandlere vurderede at signifikant færre deltagere i indsatsgruppen var "mindre godt" afklaret helbredsmæssigt ift. kontrolgruppen (11 vs. 38%, $p = 0.03$), mens signifikant flere var "godt" afklaret (48 vs.

17%, $p=0.02$). Der var ingen øvrige forskel mellem sagsbehandlernes vurdering af afklaring af arbejdsevnen mellem kontrol- og indsatsgruppen. Se figur 2.3.2.8.

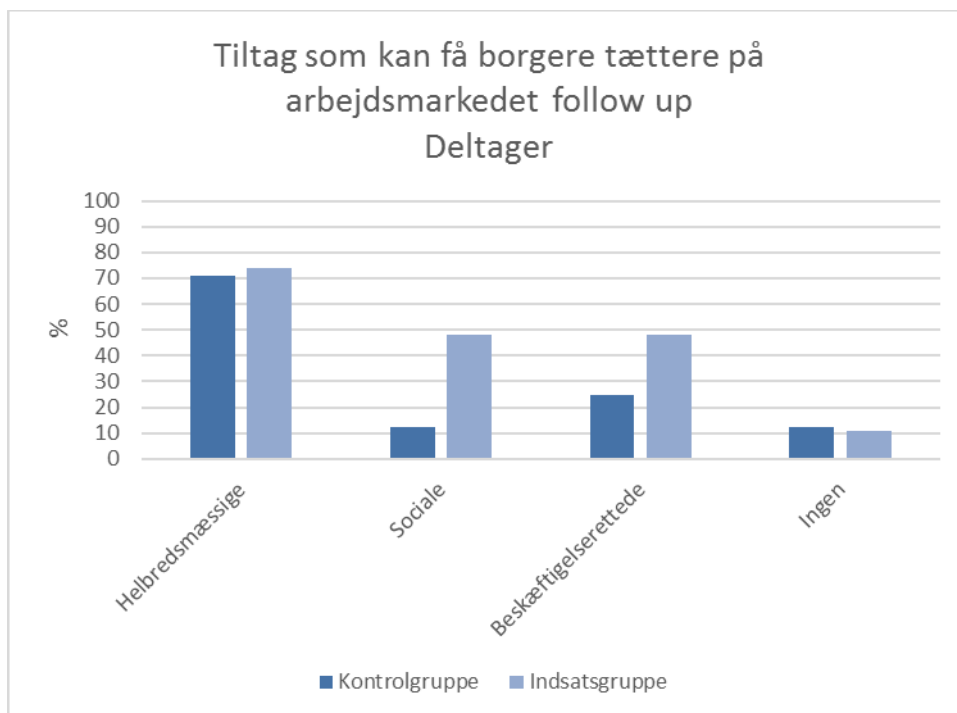
Figur 2.3.2.8 Sagsbehandlers vurdering af graden af afklaring af deltageres helbred, arbejdsevne og om deltager har fået den nødvendige hjælp til sin sociale situation ved 6 mdrs. follow up.



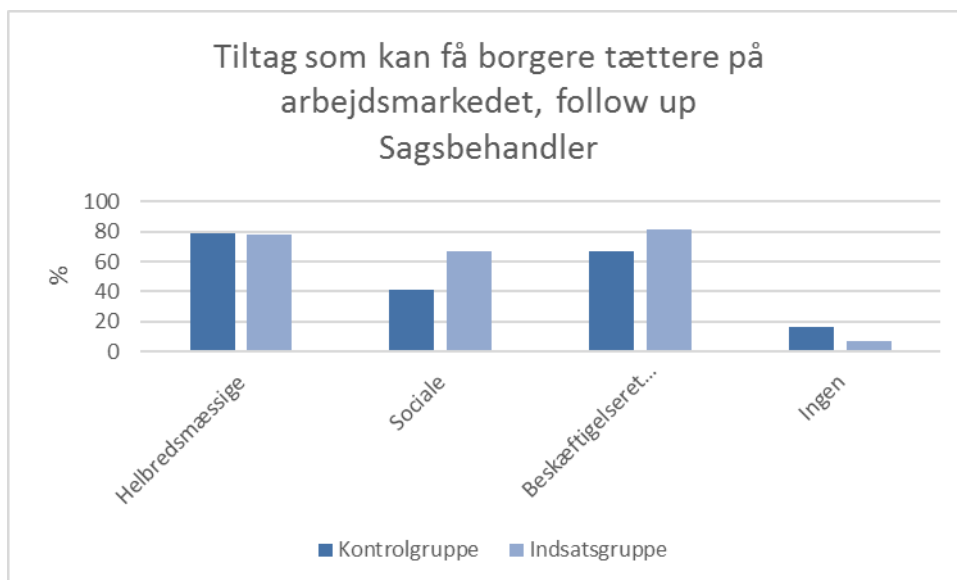
Hvad kan bringe borgeren tættere på arbejdsmarkedet?

Flere deltagere i indsatsgruppen mente, at sociale tiltag (48 vs. 13%, $p=0.01$) havde potentiale til at bringe dem tættere på arbejdsmarkedet, hvilket også var på grænsen til signifikant tilfældet for beskæftigelsesrettede tiltag (48 vs. 25%, $p=0.08$). Der var ingen øvrige statistisk signifikante forskelle mellem kontrol- og indsatsgruppen. Der var ingen statistisk signifikante forskelle mellem sagsbehandlernes vurdering af hhv. kontrol- og indsatsgruppen ift. hvilke indsatser, som kunne have potentiale til at bringe deltageren tilbage på arbejdsmarkedet. Se figur 2.3.2.9 og 2.3.2.10.

Figur 2.3.2.9 Deltagernes vurdering af, hvilke tiltag som kan bringe vedkommende tættere på arbejdsmarkedet (flere svar mulige) ved 6 mdrs. follow up.

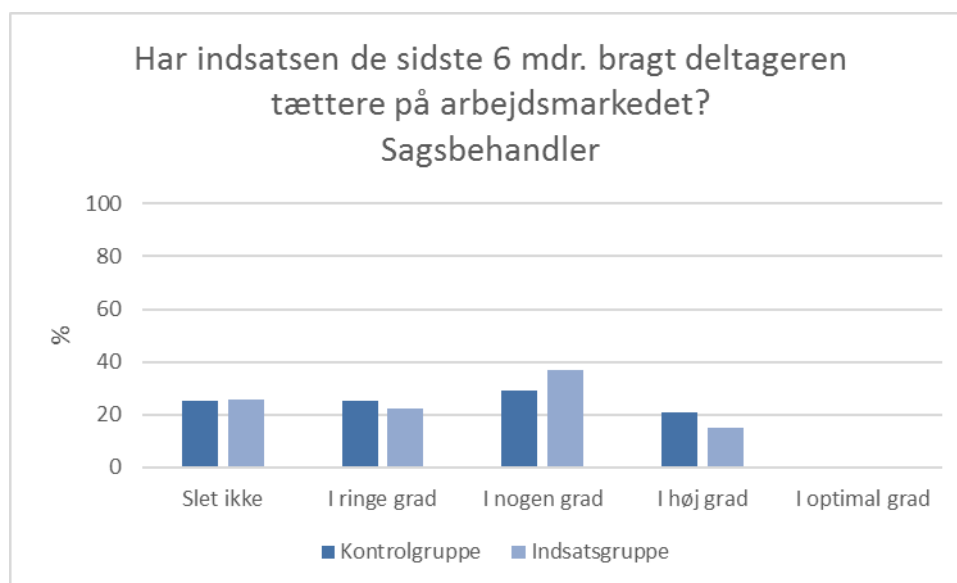


Figur 2.3.2.10 Sagsbehandlers vurdering af, hvilke tiltag som kan bringe deltagerne tættere på arbejdsmarkedet (flere svar mulige) ved 6 mdrs. follow up.



Der var ingen signifikant forskel mellem sagsbehandlerens vurdering af, om deltagerne var blevet bragt tættere på arbejdsmarkedet. Se figur 2.3.2.11.

Figur 2.3.2.11 Sagsbehandlers vurdering af, hvorvidt indsatsen i Jobcentret (kontrolgruppen) hhv. ved Socialmedicinsk Enhed (indsatsgruppen) har bragt deltageren tættere på arbejdsmarkedet ved follow up.

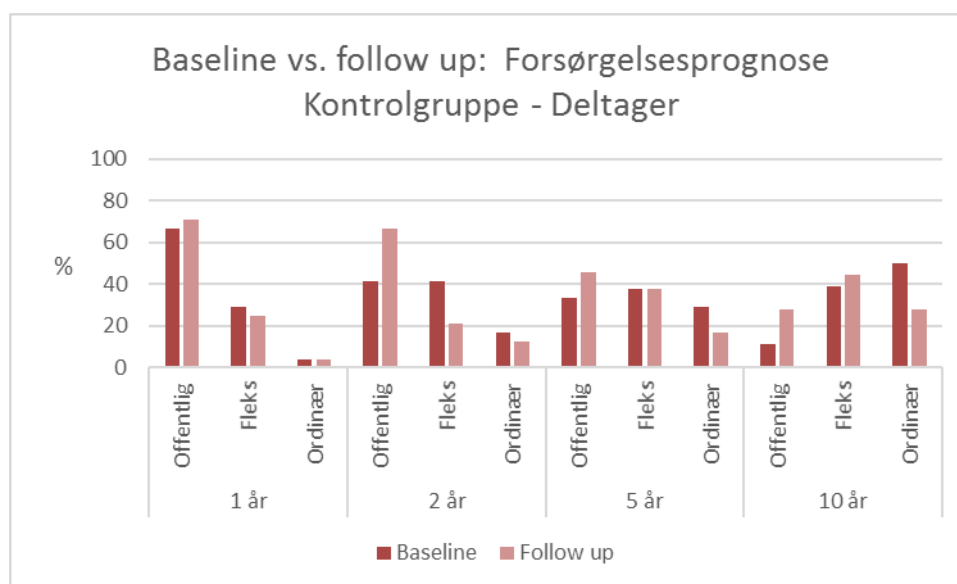


2.3.3 Baseline vs. follow up spørgeskemadata

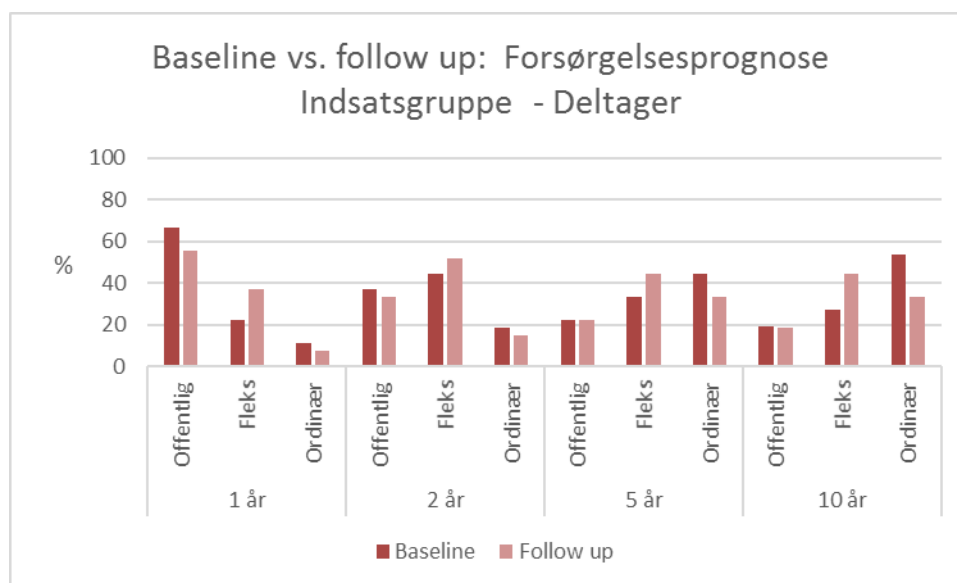
Vurdering af forsørgelsesprognose

Der var ingen signifikante forskelle i hverken kontrol eller indsatsgruppen. Se figur 2.3.3.1 og 2.3.3.2.

Figur 2.3.3.1 Deltagerne i kontrolgruppens vurdering af forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline hhv. efter 6 mdrs. follow up.

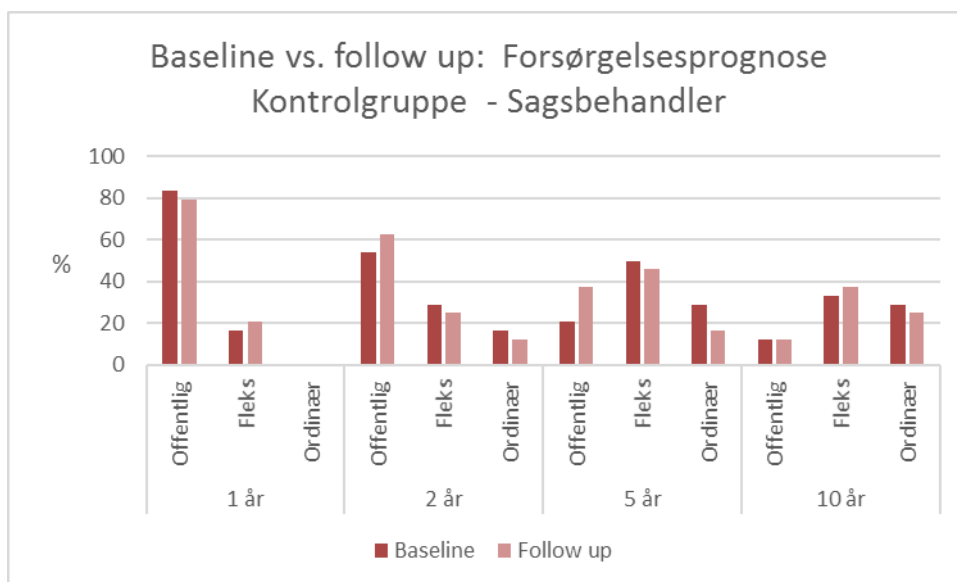


Figur 2.3.3.2 Deltagerne i indsatsgruppens vurdering af forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline hhv. efter 6 mdrs. follow up.

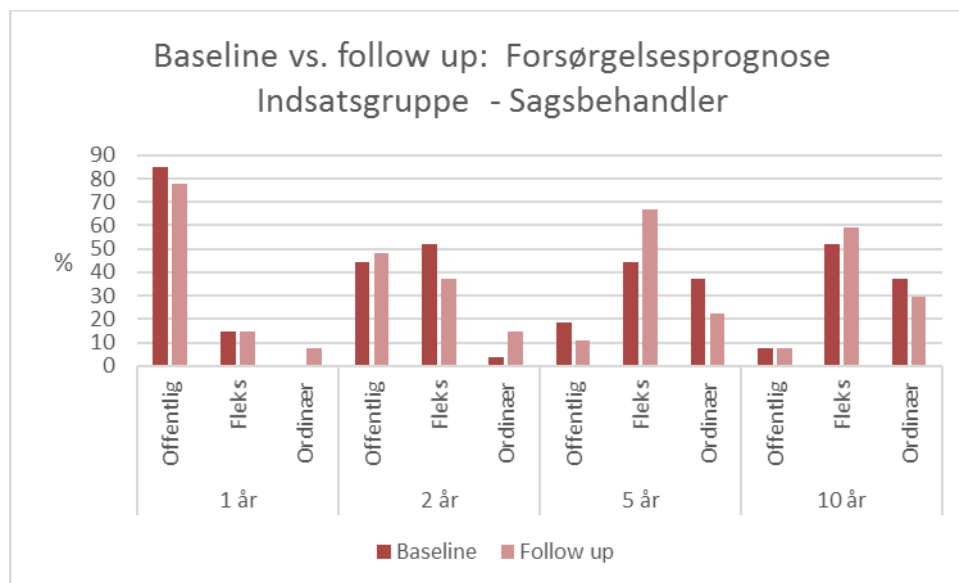


Der var ingen forskel mellem sagsbehandlers vurdering ved baseline og follow up i kontrolgruppen eller indsatsgruppen. Se figur 2.3.3.3 og 2.3.3.4.

Figur 2.3.3.3 Sagsbehandlers vurdering af deltagerne i kontrolgruppens forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline hhv. efter 6 mdrs. follow up.

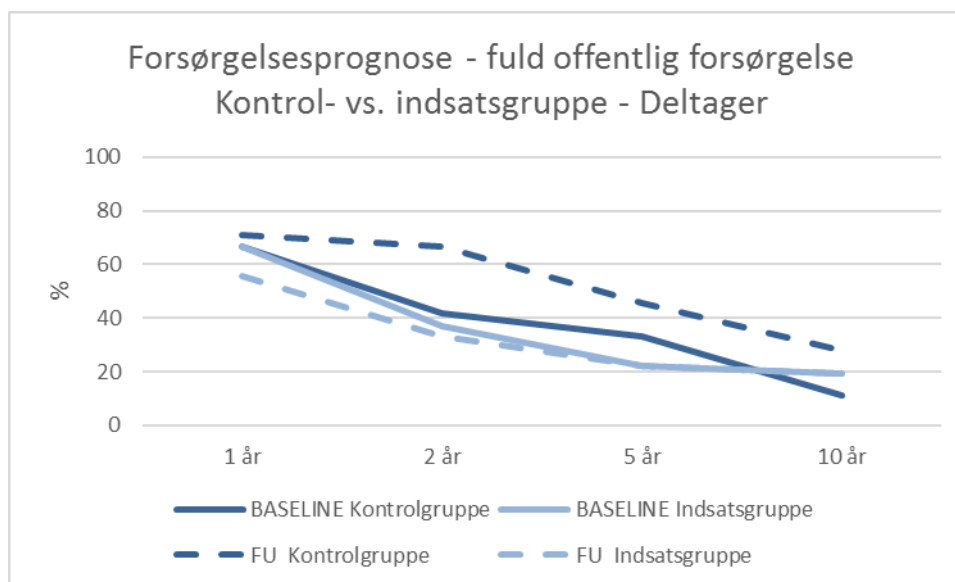


Figur 2.3.3.4 Sagsbehandlers vurdering af deltagerne i indsatsgruppens forsørgelsesprognose efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline hhv. efter 6 mdrs follow up.



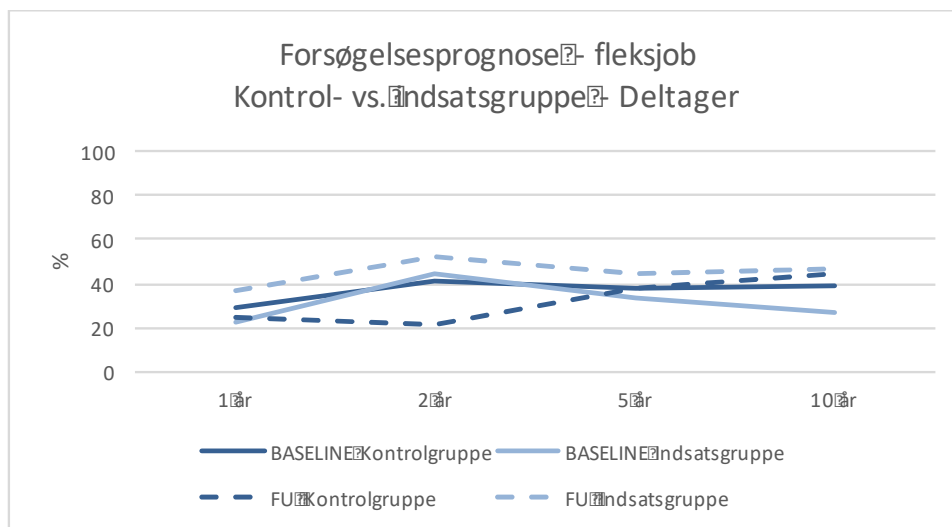
Af figur 2.3.3.5 ses en tendens til, flere deltagere i kontrolgruppen ser sig selv på offentlig forsørgelse ved follow up end ved baseline, mens der ikke sker nogen større ændring i indsatsgruppen.

Figur 2.3.3.5 Deltagernes vurdering af forsørgelsesprognose ift. fuld offentlig forsørgelse efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline (fuldt optrukket linje) hhv. efter 6 mdrs. follow up (stiplet linje).



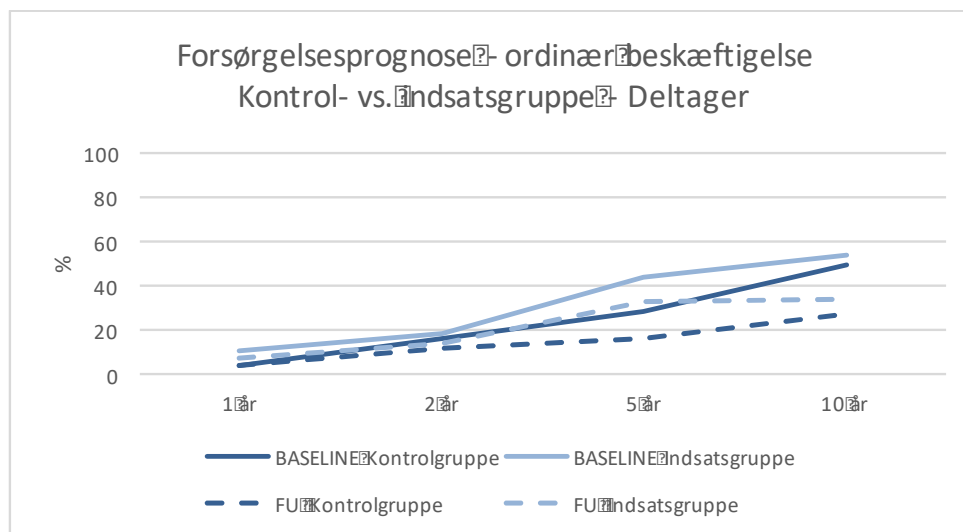
Af figur 2.3.3.6 ses en tendens til, at lidt flere deltagere i indsatsgruppen ser sig selv i fleksjob ved follow up end ved baseline, mens der ses en tendens til et fald, dog med udfladning ved 10 år, i kontrolgruppen.

Figur 2.3.3.6 Deltagernes vurdering af forsørgelsesprognose ift. fleksjob efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline (fuldt optrukken linje) hhv. efter 6 mdrs. follow up (stiplet linje).



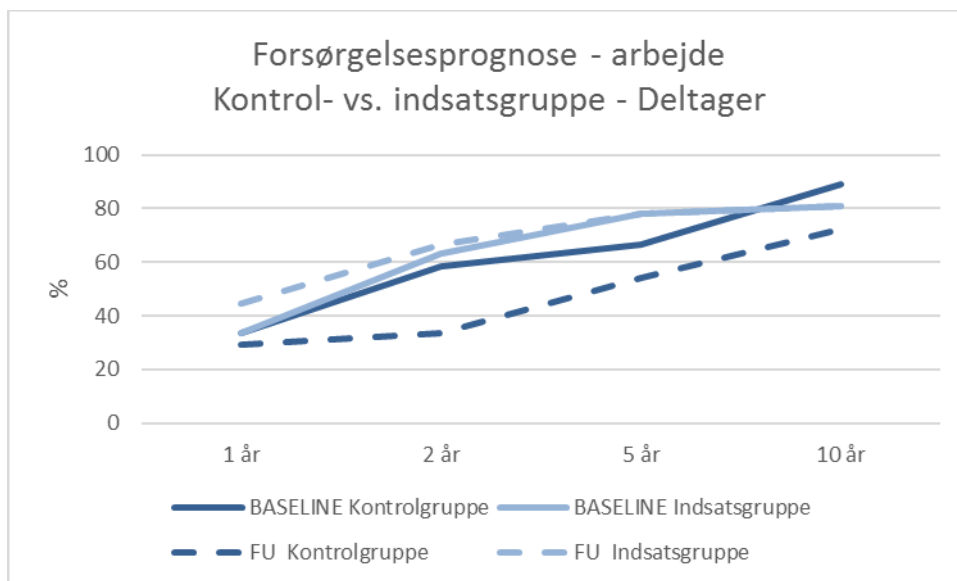
Af figur 2.3.3.7 ses en tendens til, at færre deltagere i både indsats- og kontrolgruppen ser sig selv i ordinær beskæftigelse ved follow up end ved baseline.

Figur 2.3.3.7 Deltagernes vurdering af forsørgelsesprognose ift. fleksjob efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline (fuldt optrukken linje) hhv. efter 6 mdrs. follow up (stiplet linje).



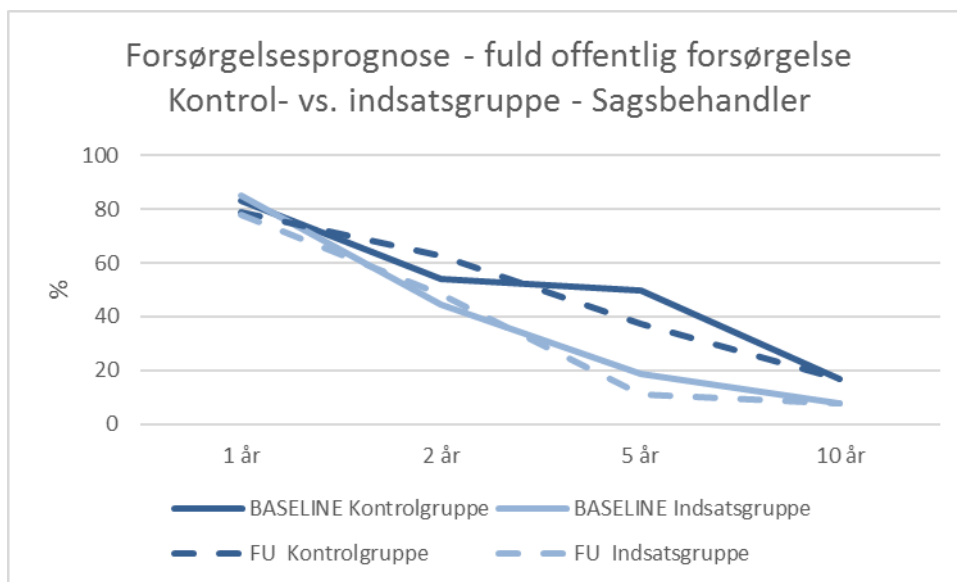
Af figur 2.3.3.8 ses en tendens til, at deltagerne i kontrolgruppen i mindre grad ser sig selv i arbejde ved follow up end ved baseline, mens deltagerne i indsatsgruppen i nogenlunde lige høj grad ser sig selv i arbejde ved follow up som ved baseline.

Figur 2.3.3.8 Deltagernes vurdering af forsørgelsesprognose ift. arbejde (ordinært eller fleksjob) efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline (fuldt optrukken linje) hhv. efter 6 mdrs. follow up (stiplet linje).



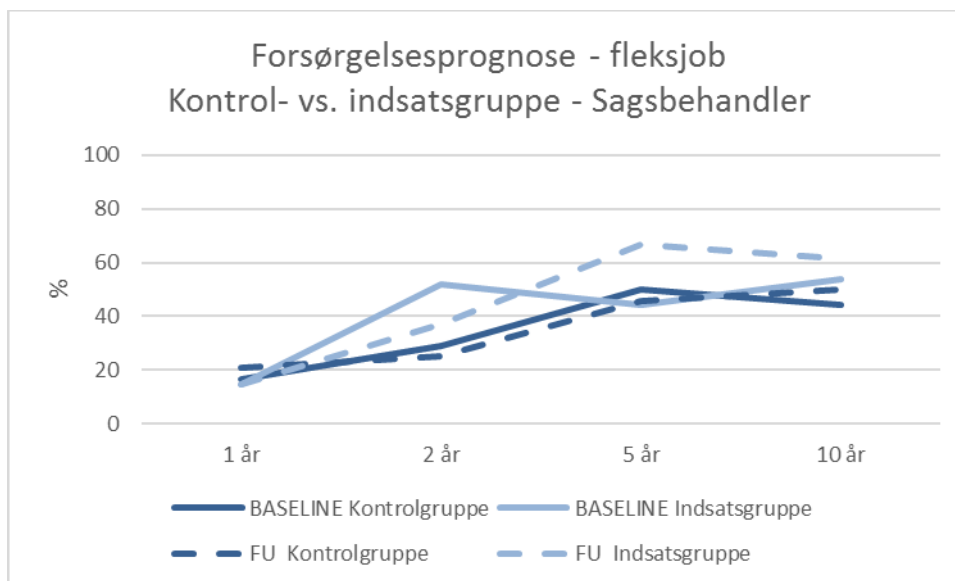
Af figur 2.3.3.9 ses, at sagsbehandlerne vurderer af deltagernes forsørgelsesprognose ift. fuld offentlig forsørgelse stort set ikke ændrer sig fra baseline til follow up.

Figur 2.3.3.9 Sagsbehandlerne vurdering af deltagernes forsørgelsesprognose ift. fuld offentlig forsørgelse efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline (fuldt optrukken linje) hhv. efter 6 mdrs. follow up (stiplet linje).



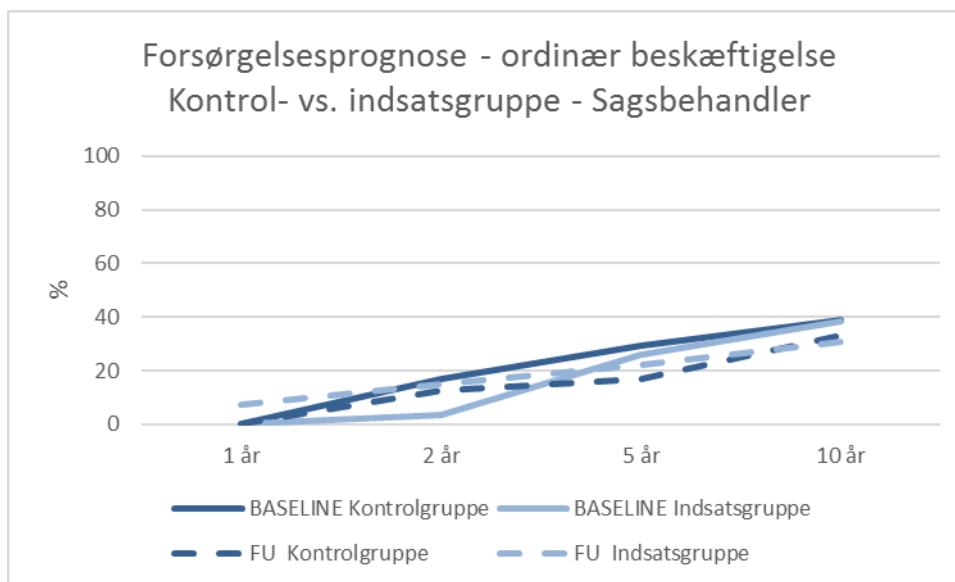
Af figur 2.3.3.10 ses en tendens til, at sagsbehandlerne ved follow up vurderer, at flere deltagere i indsatsgruppen kommer i fleksjob, mens vurdering er stort set ens for kontrolgruppen mellem baseline og follow up.

Figur 2.3.3.10 Sagsbehandlerne vurdering af deltagernes forsørgelsesprognose ift. fleksjob efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline (fuldt optrukken linje) hhv. efter 6 mdrs. follow up (stiplet linje).



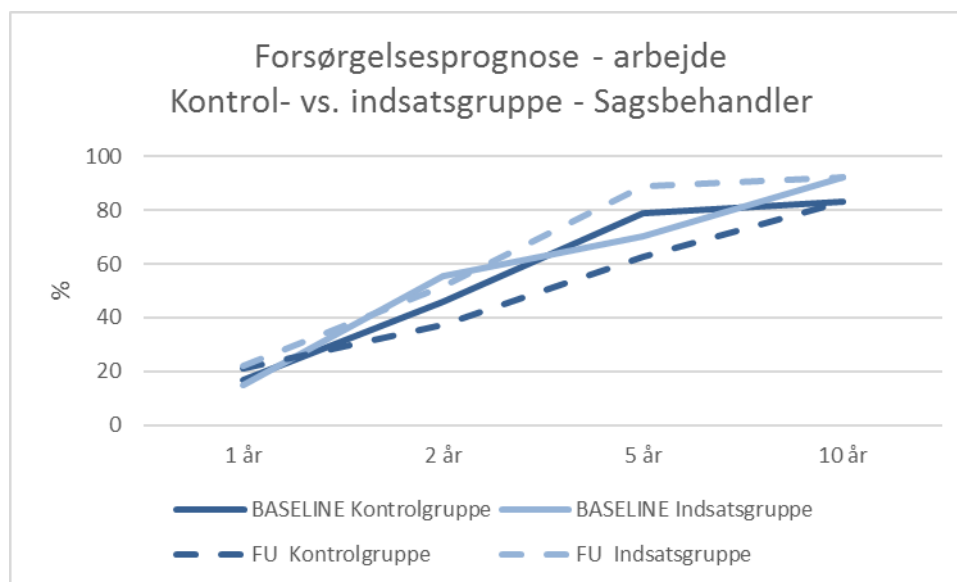
Af figur 2.3.3.11 ses, at sagsbehandlerne vurderer, at marginalt færre deltagere kommer i ordinær beskæftigelse ved follow up ift. baseline i både kontrol- og indsatsgruppen.

Figur 2.3.3.11 Sagsbehandlerne vurdering af deltagernes forsørgelsesprognose ift. fleksjob efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline (fuldt optrukken linje) hhv. efter 6 mdrs. follow up (stiplet linje).



Af figur 2.3.3.12 ses en samlet tendens til, at sagsbehandlerne vurderer, at lidt færre i kontrolgruppen kommer i arbejde (ordinært arbejde eller fleksjob) ved follow up ift. ved baseline, mens tendensen er modsatrettet i indsatsgruppen.

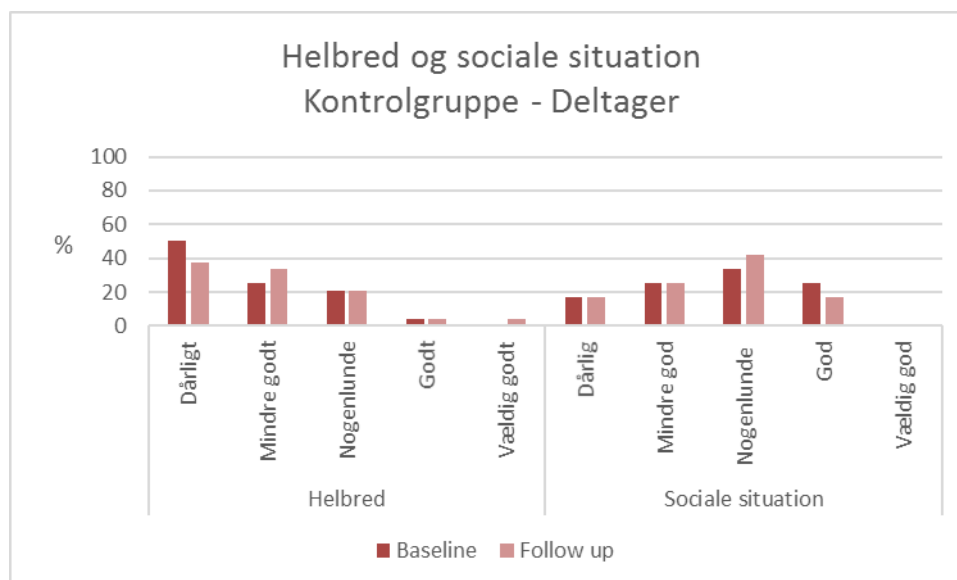
Figur 2.3.3.12 Sagsbehandleres vurdering af deltagernes forsørgelsesprognose ift. arbejde (ordinært arbejde eller fleksjob) efter 1, 2, 5 og 10 år ved baseline (fuldt optrukket linje) hhv. efter 6 mdrs. follow up (stiplet linje).



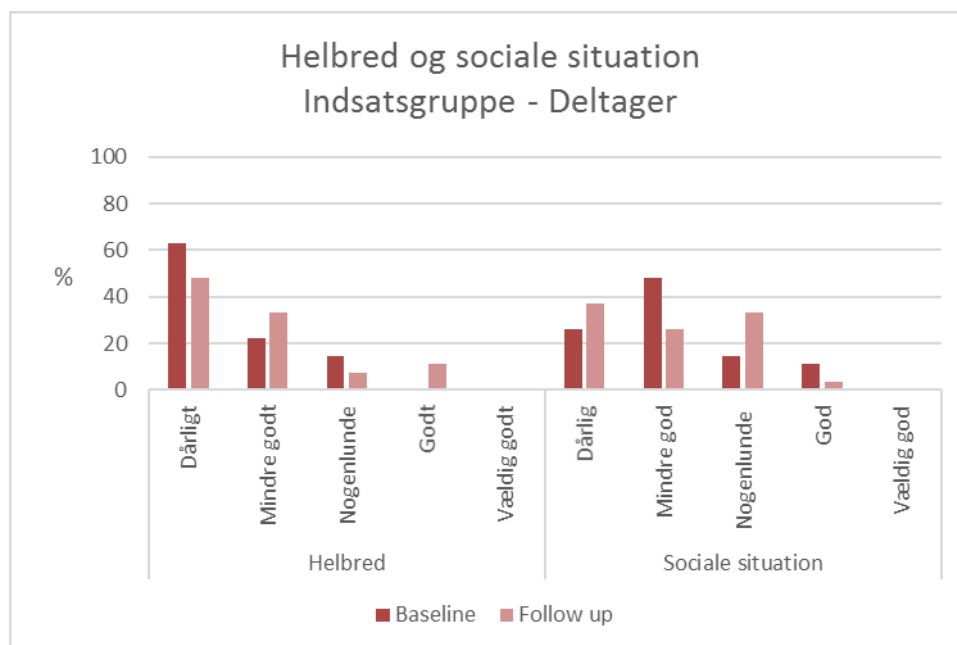
Vurdering af helbred og sociale situation

Der var ingen signifikante forskelle i, hvordan borgerne vurderede deres helbred eller sociale situation fra baseline til follow up i hverken kontrol- eller indsatsgruppen. Se figur 2.3.3.13 og 2.3.3.14.

Figur 2.3.3.13 Deltagernes vurdering af eget helbred og sociale situation ved baseline hhv. ved 6 mdrs. follow up i kontrolgruppen.

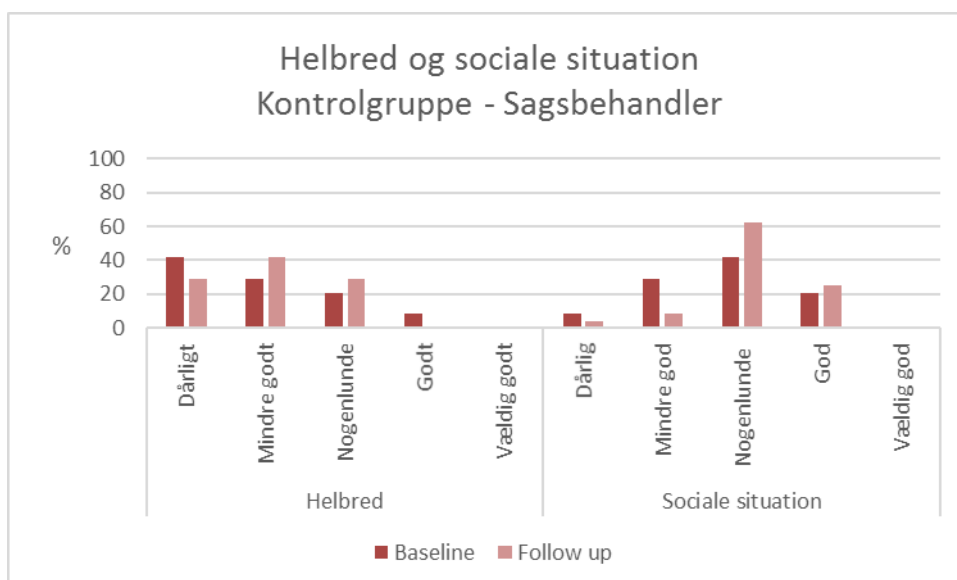


Figur 2.3.3.14 Deltagernes vurdering af eget helbred og sociale situation ved baseline hhv. ved 6 mdrs. follow up i indsatsgruppen.

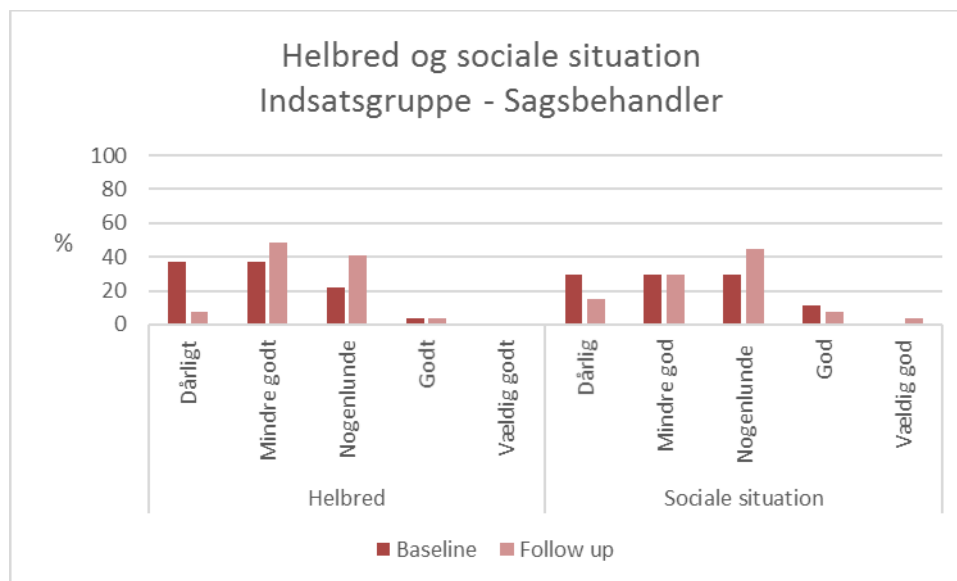


I kontrolgruppen faldt andelen, som sagsbehandlerne vurderede som havende en "mindre god" social situation (36 vs. 11%, $p=0.02$). I indsatsgruppen faldt andelen af deltagere, som sagsbehandlerne vurderede som havende "dårligt" helbred (37 vs. 7 %, $p=0.01$). Der var ingen yderligere signifikante forskelle. Se figur 2.3.3.15 og 2.3.3.16..

Figur 2.3.3.15 Sagsbehandlers vurdering af deltagernes helbred og sociale situation ved baseline hhv. ved 6 mdrs. follow up i kontrolgruppen.



Figur 2.3.3.16 Sagsbehandlers vurdering af deltageres helbred og sociale situation ved baseline hhv. ved 6 mdrs. follow up i indsatsgruppen.

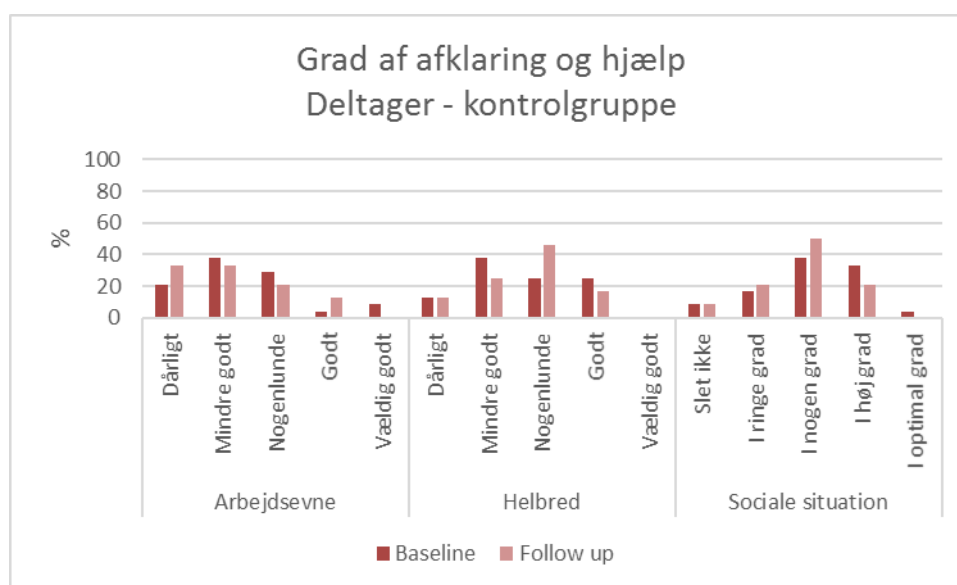


Oplevelse af afklaring og hjælp

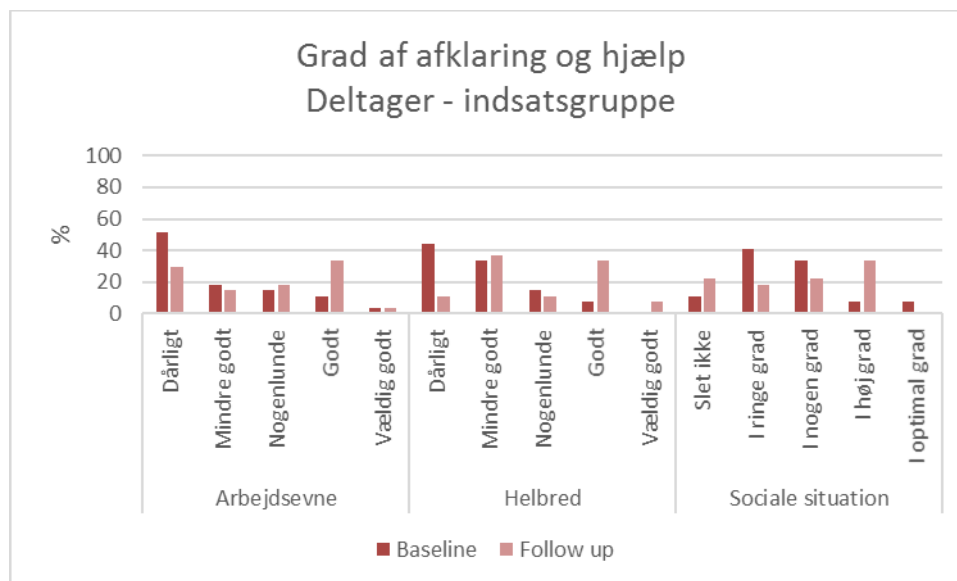
Der var ingen forskelle på oplevelsen af grad af afklaring mellem baseline og follow up i kontrolgruppen.

Færre deltagere i indsatsgruppen vurderede ved follow up at deres helbred var "dårligt" afklaret ift. ved baseline (44 vs. 11%, $p < 0.01$), mens flere vurderede, at deres helbred var "godt" afklaret (33 vs. 7%, $p = 0.03$). Der var flere i indsatsgruppen, som ved follow up vurderet at de "i høj grad" havde fået den nødvendige hjælp til deres sociale situation (33 vs. 7%, $p = 0.02$). Flere i indsatsgruppen, som ved follow up vurderede, at deres arbejdsevne var "godt" afklaret (33 vs. 11%, $p = 0.03$). Der var ingen yderligere signifikante forskelle. Se figur 2.3.3.17 og 2.3.3.18.

Figur 2.3.3.17 Deltageres vurdering af graden af afklaring af eget helbred, arbejdsevne og om borger har fået den nødvendige hjælp til sin sociale situation ved baseline hhv. 6 mdrs. follow up i kontrolgruppen.



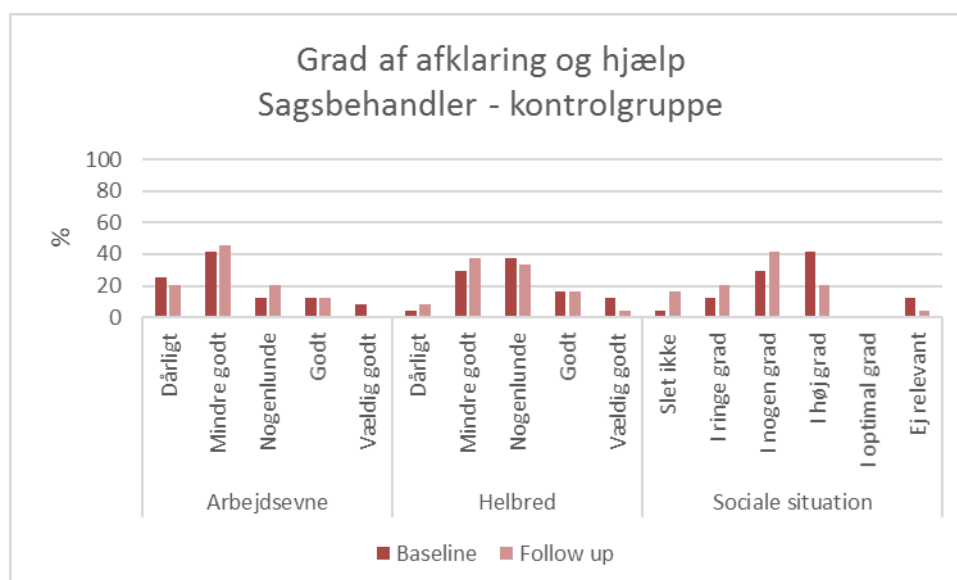
Figur 2.3.3.18. Deltagernes vurdering af graden af afklaring af eget helbred, arbejdsevne og om borger har fået den nødvendige hjælp til sin sociale situation ved baseline hhv. 6 mdrs. follow up indsatsgruppen.



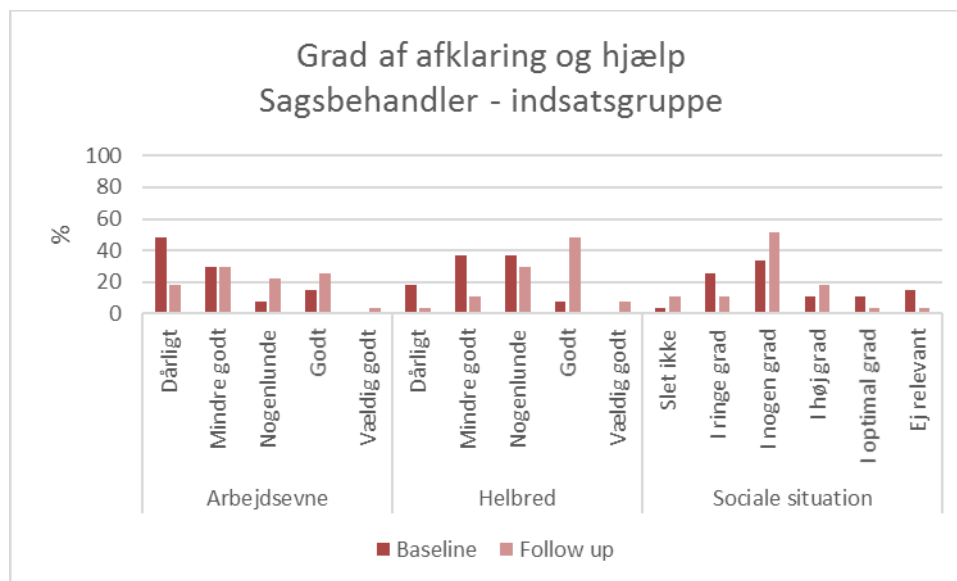
Der var ingen forskelle i sagsbehandlernes vurdering af afklaring af arbejdsevne, helbred eller hjælp til sociale situation fra baseline til follow up for kontrolgruppen. Se figur 2.3.3.19.

Færre sagsbehandlere vurderede ved follow up ift. baseline at borgerens arbejdsevne var "dårligt" afklaret (19 vs. 48%, $p=0.01$). Færre sagsbehandlere i indsatsgruppen vurderede ved follow up, at borgerens helbred var "dårligt" afklaret (4 vs. 87% $p=0.045$) samt "mindre godt" afklaret (11 vs. 37%, $p=0.02$), mens de oftere vurderede, at borgerens helbred var "godt" afklaret (48 vs. 7%, $p<0.001$). Se figur 2.3.3.20.

Figur 2.3.3.19. Sagsbehandlers af graden af afklaring af deltagernes helbred, arbejdsevne og om deltager har fået den nødvendige hjælp til sin sociale situation ved baseline hhv. 6 mdrs. follow up i kontrolgruppen.



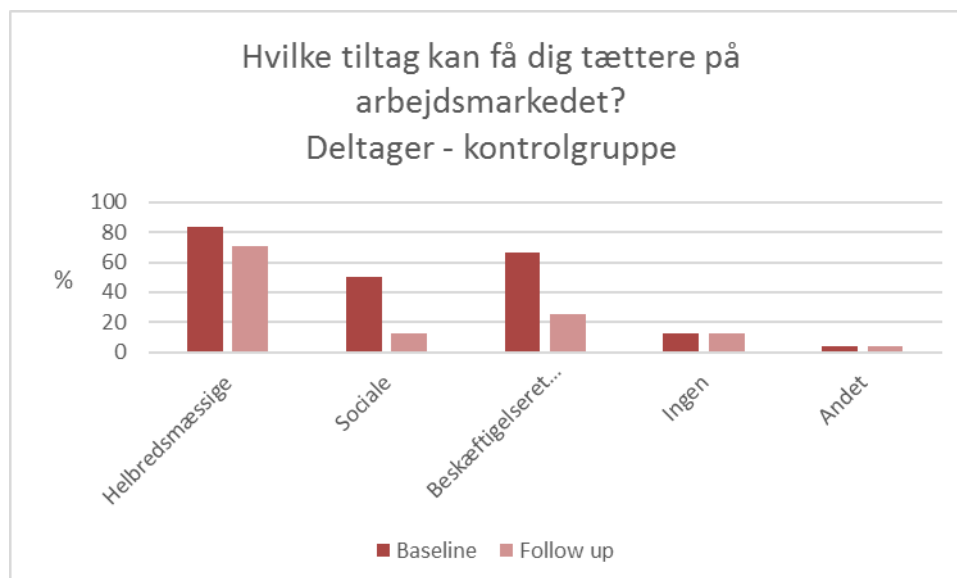
Figur 2.3.3.20 Sagsbehandlers af graden af afklaring af deltagerens helbred, arbejdsevne og om deltager har fået den nødvendige hjælp til sin sociale situation ved baseline hhv. 6 mdrs. follow up i indsatsgruppen.



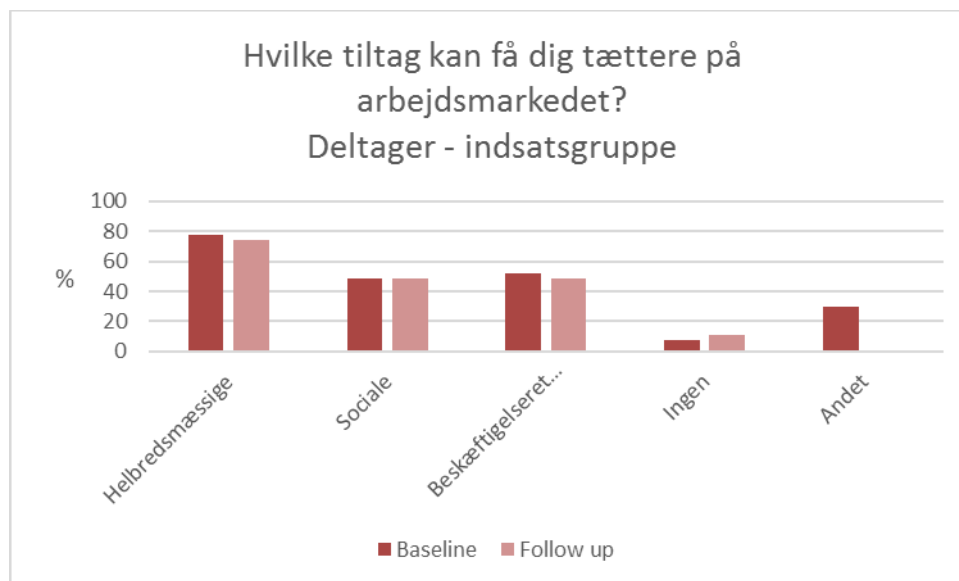
Hvad kan bringe borgeren tættere på arbejdsmarkedet?

Færre borgere i kontrolgruppen mente ved follow up, at sociale tiltag (50 vs. 13%, $p < 0.01$) hhv. beskæftigelsesrettede tiltag (67 vs. 25%, $p = 0.01$) havde potentiale til at bringe dem tættere på arbejdsmarkedet. Der fandtes ingen statistisk signifikante forskelle mellem baseline og follow up i indsatsgruppen. Se figur 2.3.3.21 og 2.3.3.22.

Figur 2.3.3.21 Deltagerne i kontrolgruppens vurdering af, hvilke tiltag som kan bringe dem tættere på arbejdsmarkedet (flere svar mulige) ved baseline hhv. 6 mdrs. follow up.

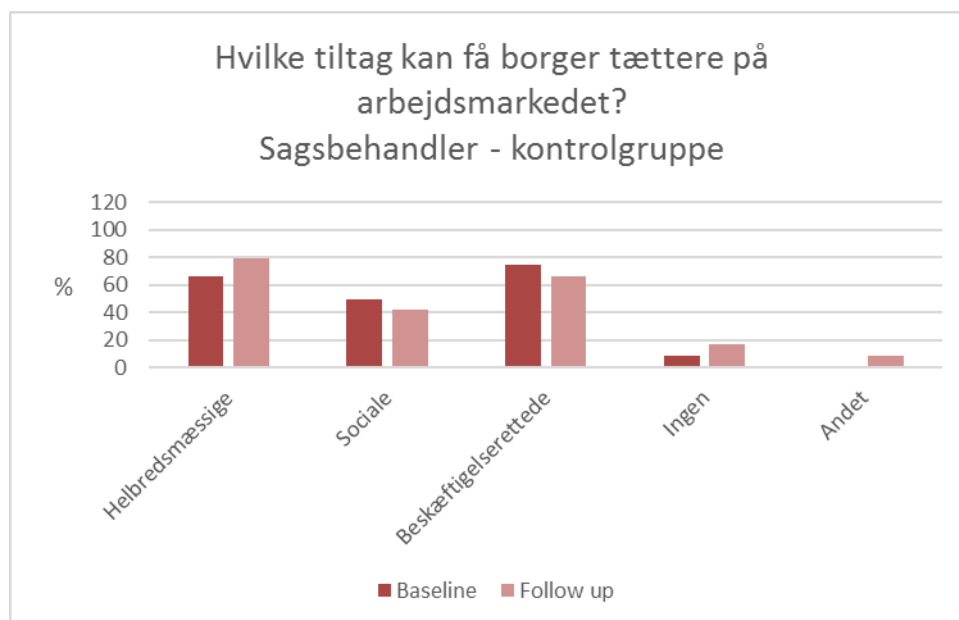


Figur 2.3.3.22 Deltagerne i indsatsgruppens vurdering af, hvilke tiltag som kan bringe dem tættere på arbejdsmarkedet (flere svar mulige) ved baseline hhv. 6 mdrs. follow up.

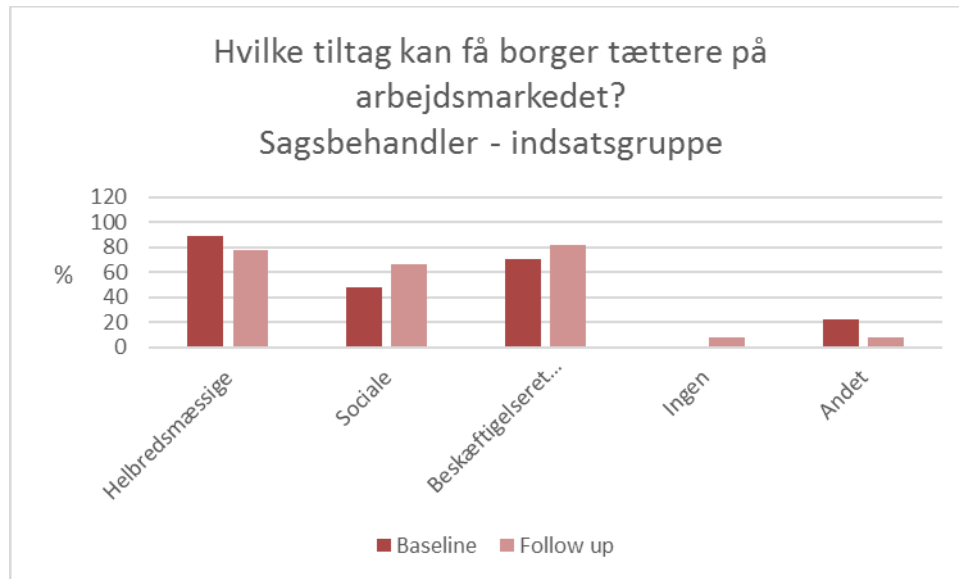


Der fandtes ingen statistisk signifikante forskelle i sagsbehandlerens vurderinger mellem baseline og follow up i hverken kontrol- eller indsatsgruppen. Se figur 2.3.3.23 og 2.3.3.24.

Figur 2.3.3.23 Sagsbehandlerens vurdering af, hvilke tiltag som kan bringe deltagerne i kontrolgruppen tættere på arbejdsmarkedet (flere svar mulige) ved baseline hhv. 6 mdrs. follow up.



Figur 2.3.3.24 Sagsbehandlers vurdering af, hvilke tiltag som kan bringe deltagerne i indsatsgruppen tættere på arbejdsmarkedet (flere svar mulige) ved baseline hhv. 6 mdrs. follow up.



2.3 Bilag til den kvalitative del

Kan rekvireres ved henvendelse.