

# Udsatte borgere i systemet



## **RESSOURCEFORLØB: MÅLGRUPPE, BRUGEROPLEVELSER OG UDFORDRINGER**

**Post Doc, Ph.d. Iben Nørup  
Institut for Sociologi & Socialt Arbejde, AAU**

# Disposition



- **Baggrund for førtidspensionsreformen**
  - Problemforståelse
  - Argumentation
- **Målgruppe for reform og ressourceforløb**
  - Karakteristik
  - Historik
- **Hvordan oplever borgerne forløbene?**
  - Resultater fra brugerevalueringen
  - Sammenhæng med billedet fra forskningen
- **Virkning af reformen**
  - Beskæftigelse
  - Social marginalisering

# Baggrund og målgruppe



# Nye(ere) politiske tendenser



## Generelt i velfærdspolitikken

- Økonomisk krise i Europa
- Velfærdsydelse betragtes som for dyre
- Italesættelse af norm om, at alle bør bidrage på arbejdsmarkedet – ”The good worker norm”
- Dette gælder også grupper, der tidligere ikke var betragtet som i stand til at arbejde
- Arbejde som kilde til social inklusion og både mål og middel i politikken (Centralt i DK)

## I arbejdet med udsatte grupper

- Fra ”passiv” til ”aktiv” forsørgelse
- ”Aktivitet” og ”deltagelse” reduceres til at være spørgsmål om deltagelse i aktiviteten lønnet arbejde
- Frontlinje medarbejderne (socialrådgivere, sagsbehandlere etc.) tilpasser sig den nye linje
- Nye medarbejdertyper vinder indpas i arbejdet med ”udsatte grupper”
- Fra individcentrerede mål til stats- / organisationscentrerede mål (Lipsky:2010)

# Forandringer i opfattelsen af sygdom

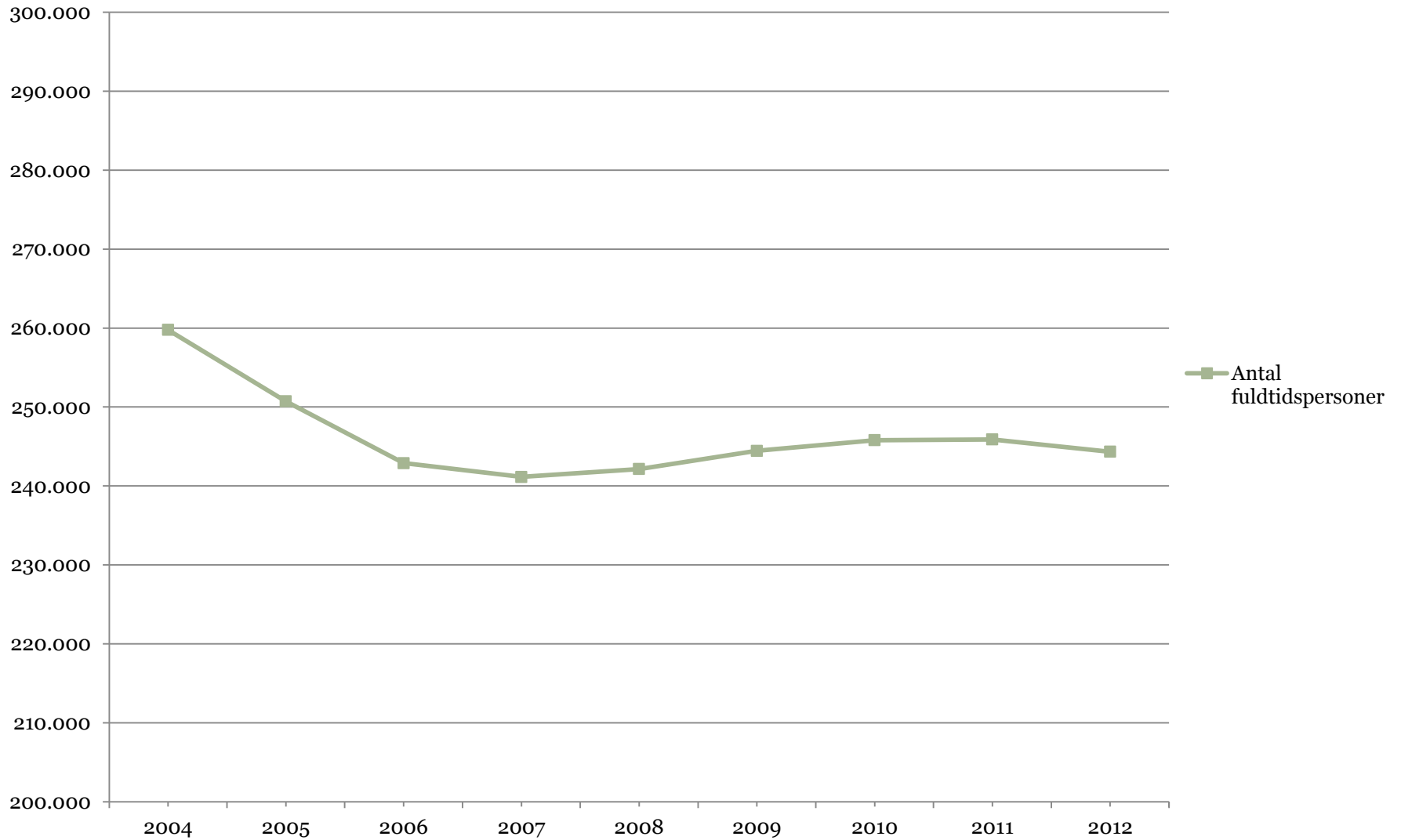


- Politisk individualisering og relativisering af sygdoms- og handicapbegrebet
- ”Det handler ikke om hvordan man har det, men om hvordan man ta’r det”
- Fra funktionsevne og erhvervsevne til arbejdsevne
- Gradvis forandring i forståelsen af lægens rolle

”Antallet af personer på førtidspension og udgifterne til området er steget markant, siden førtidspensionsreformen trådte i kraft i 2003.”

*Socialministeriet, Februar 2012*

# Udviklingen i antallet af førtidspensionister 2004-2012

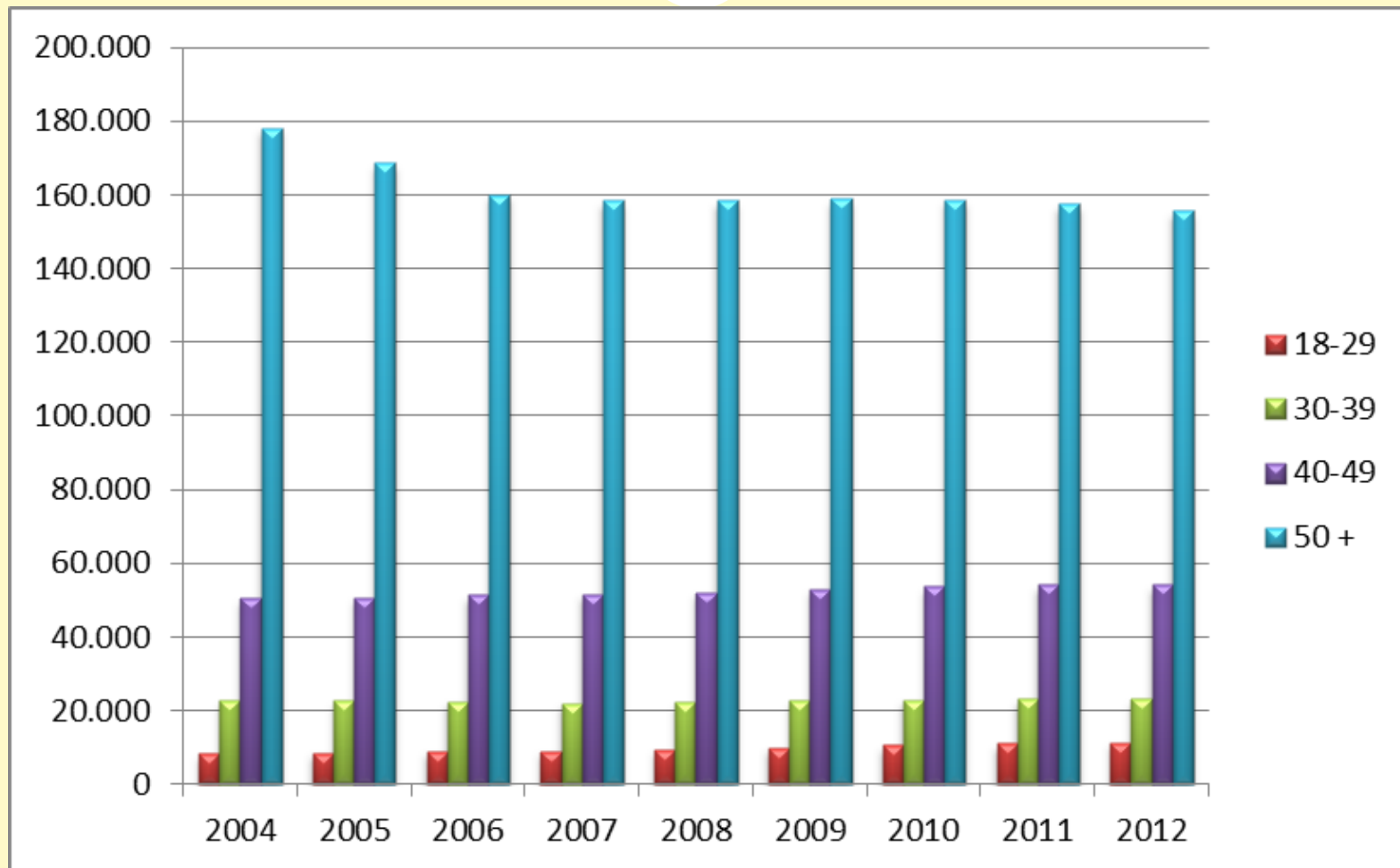


”...vi ved, at der er en overrepræsentation af unge efter de gamle regler om førtidspension. Man kunne meget, meget tydeligt se, at den gruppe af unge, der er meget, meget psykisk sårbar, og som måske også har udfordringer på andre områder, gik hen imod førtidspension, indtil vi ændrede reglerne...”

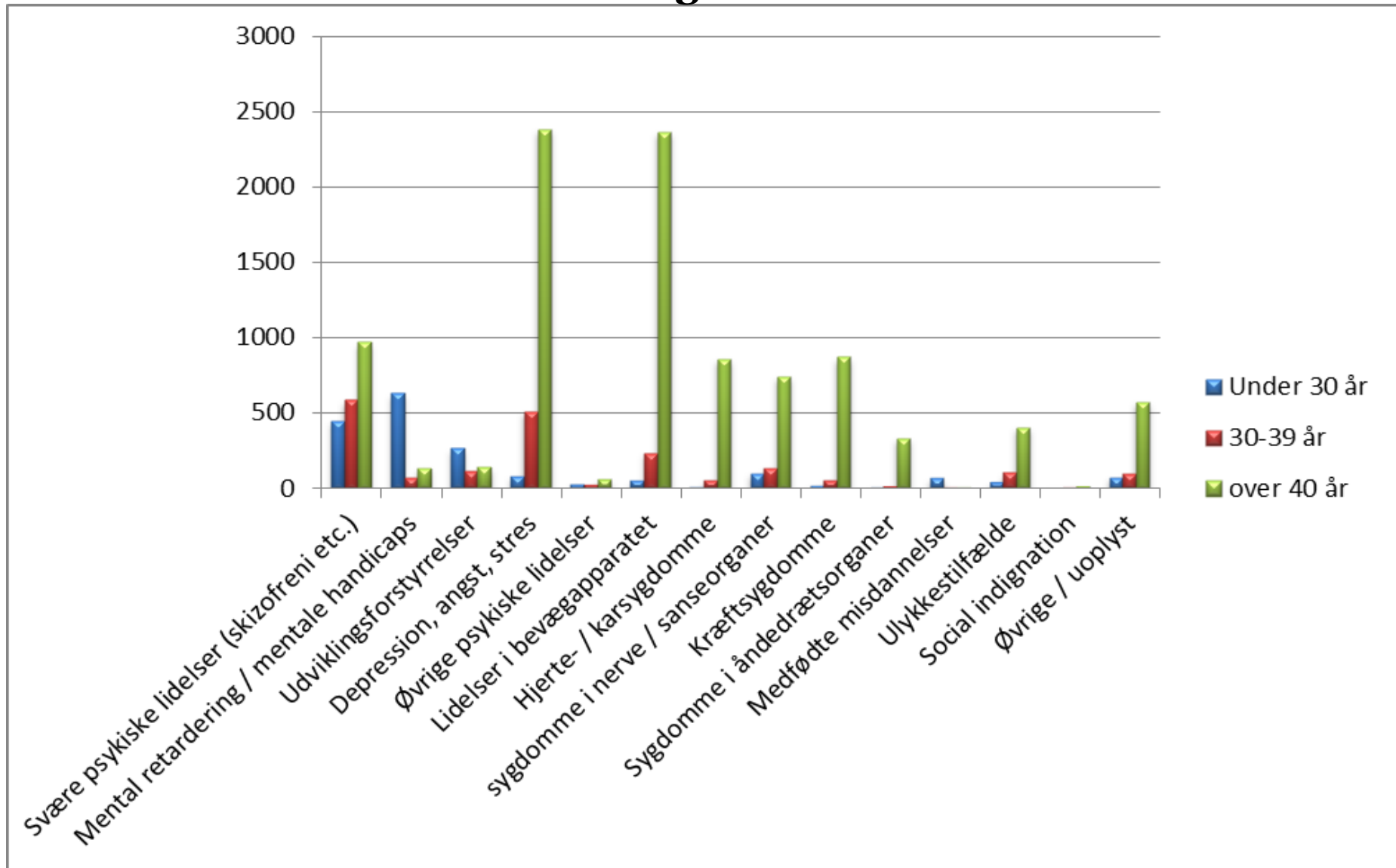
*Mette Frederiksen, Beskæftigelsesminister 14.11.2013*



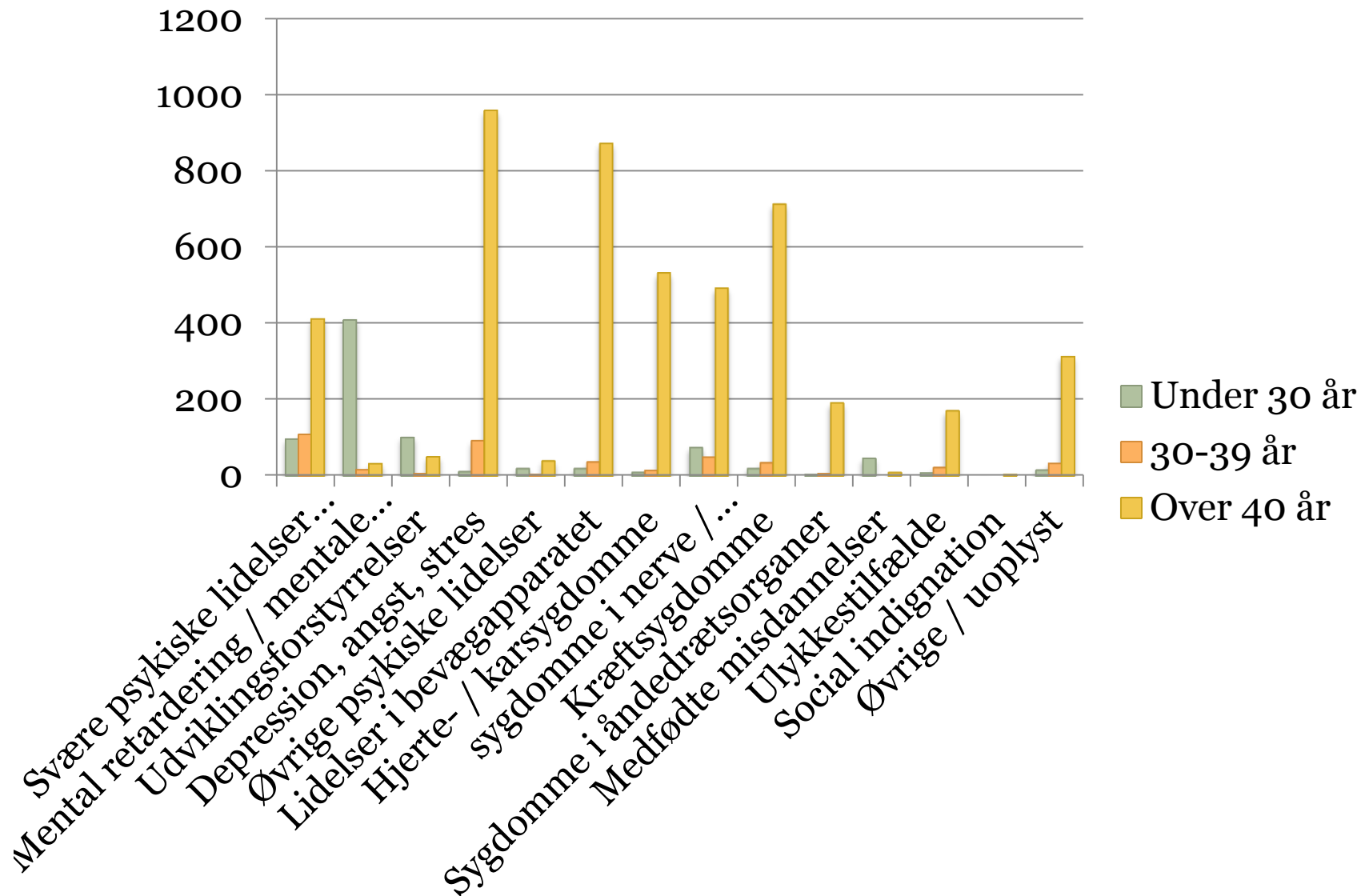
# Udviklingen i antallet af førtidspensionister fordelt på alder forud for reformen



# Nytilkendelser af førtidspension i 2012 fordelt på alder og diagnose



# Nytilkendelser af førtidspension i 2015 fordelt på alder og diagnose



# Hvem er det så, vi taler om?



- De er ældre end arbejdsstyrken i gennemsnit
- De er hyppigere lavt uddannede
- De kommer hyppigere fra lavindkomstjob
- De har typisk en lang karriere på arbejdsmarkedet bag sig
- ... men hyppigt i jobs med høj belastning og (statistisk) stor risiko for fysisk og psykisk nedslidning
- De er (ofte) ikke ”sociale klienter”
- De er lønarbejdere, der er blevet syge
- Men måske er ressourceforløbene også (eller mere?) relevante for en anden målgruppe?

# Hvor kommer borgerne fra?

Før 2013



Beskæftigelse efterfulgt af sygedagpenge	Ca. 50 %
Beskæftigelse efterfulgt af kortvarig kontanthjælp	Ca. 10 %
Langvarig kontanthjælp	Ca. 20 %
Skiftende ydelser & beskæftigelse	Ca. 15 %
Fleksjobvistering	Ca. 5 %

# Hvor kommer borgerne fra?

Efter 2013



Sygedagpenge	25 %
Kontanthjælp	40 %
Uddannelseshjælp	12 %
Skiftende / andre ydelser	16 %
Fleksjobvistering	6 %

# Forskelle i målgruppen før / efter 2013



- Målgruppen er efter 2013 gradvist blevet yngre
- Flere (langvarige) kontanthjælpsmodtagere visiteres til ressourceforløb
- Målgruppen er i praksis gradvist udvidet siden 2013

	2011	2016
Førtidspension	16.909	8.210
Ressourceforløb	-	21.875
Fleksjob	7.220	7.733

# Hvad har allerede været forsøgt?



- Vejledning
- Særligt tilrettelagte projekter
- Uddannelsesforløb
- Virksomhedspraktik
- Løntilskud
- Aktiverende forløb
- Intensiv jobsøgning
- Fleksjob
- Sprogundervisning



# Hvordan opleves forløbene af borgerne?



# Generelt



- Samlet set er 43 % tilfredse med deres forløb
- 1/3 er direkte utilfredse
- Yngre og personer, der kommer fra uddannelseshjælp er mest tilfredse (58%)
- Psykisk syge (52%) er mere tilfredse end fysisk syge (35%)
- Personer med en lang forsørgelseshistorik (ofte kthj.) er mere tilfredse end personer med kortere forløb på sygedagpenge, kthj. Mv.
- Ønske forud for forløbet har stor betydning for oplevelsen af forløbet

Brugertilfredsundersøgelser fx i  
ældreplejen, sundhedssektoren  
& uddannelsessektoren skal  
normalt have en tilfredsprocent  
på mellem 85% og 95 % før de  
betegnes som “gode”

# Medinddragelse af borgeren



- 54 % oplever at være blevet tilfredsstillende inddraget i egen sag
- ...46 % gør tilsvarende ikke
  
- Mellem 42 % og 62 % oplever sig godt informeret
- ...Mellem 38% og 58 % gør tilsvarende ikke
  
- Inddragelsen af pårønde opleves som mangelfuld (29 % er tilfredse)
  
- Særligt personer der ønsker pension er utilfredse

## **Retssikkerhedsloven § 4:**

Borgeren skal have mulighed for at medvirke ved behandlingen af sin sag.

Kommunalbestyrelsen tilrettelægger behandlingen af sagerne på en sådan måde, at borgeren kan udnytte denne mulighed.

# Hvorfor inddrage borgeren?



- **FORDI DET VIRKER!!**
  - (men også fordi det er rarere for alle parter)
- Fordi en hjælp, der opfattes som det modsatte er en byrde, ikke en hjælp
- Fordi inddragelse skaber autonomi
- Og fordi mangel på autonomi skaber
  - Afmagt
  - Social marginalisering
  - Tab af ressource
  - Blokering for udvikling

# Forudsætningen for inddragelse



- Respekt for borgerens oplevelser og livsprojekt
- Anerkendelse af at borgeren sidder med en *unik* viden om egen situation
- Villighed til at lytte – også når borgeren ikke er enig!
- Mulighed for – og villighed til – at ændre og tilpasse

# Plan, forløb og slutmål



- Under halvdelen oplevede at
  - Formålet var tydeligt
  - At der var en klar plan og et klart slutmål
- Jo flere tilbud man allerede har været i og er i sideløbende, des mindre tilfreds er man generelt med praktik, mentorordning etc.

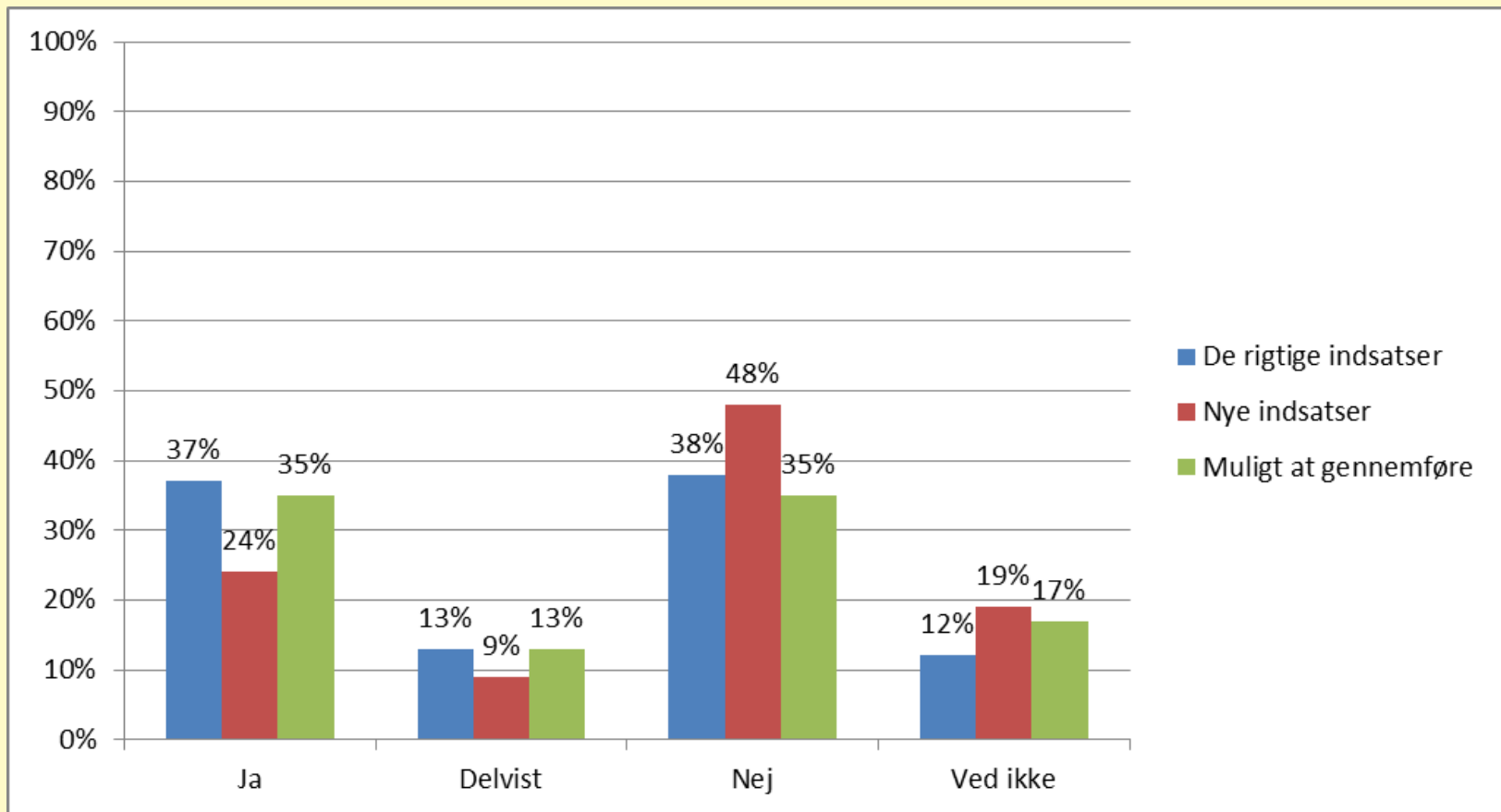


# Oplevelser af mødet og forløbet



- Kun halvdelen af borgerne forstår, hvad rehabiliteringsteamet sagde og fik begrundelse for afgørelsen!
- Borgerne oplever – alt for ofte – modstridende beskeder, instrukser og prioriteringer.
- Koordinering i forhold til sager i andre myndigheder
- Koordinering i forhold til sundhedsvæsenet
- Tværfaglige perspektiver

# Rigtige indsatser, nye indsatser og mulighed for at gennemføre



# Problemstillinger ved forløbene



- Aktiveringsgrad 2016 ca. 37 % i enkelt måneder – 14,5 % for hele året
- ”Tomme” forløb er dybt problematiske – særligt hvis borgeren forventer at der ”snart” sker noget.
  - Frygt
  - Usikkerhed
  - Afmagt
  - Skuffelse
- Information
  - Af borgeren
  - Af andre instanser (sundhedsaktører, andre myndigheder etc.)
- Realisme i forhold til indsats, mål og forventet output
- **KLARHED OG GENNEMSIGTIGHED FOR BORGEREN!**

# Praktiske udfordringer

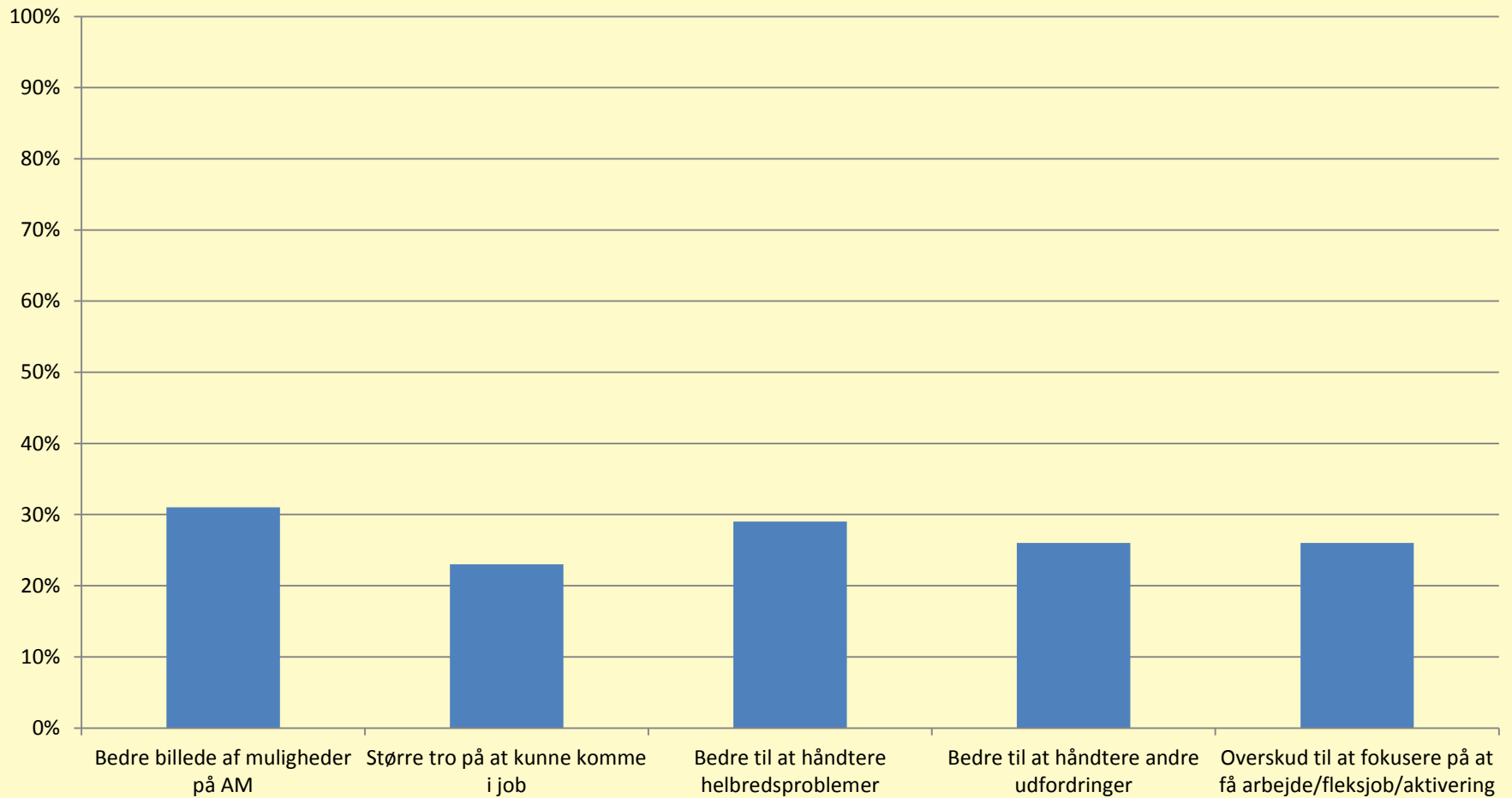


- **Ressourceforløbene**
  - En anden målgruppe end ventet
  - Risiko for forværring af livssituation og helbred
- **Fleksjob og minifleksjob**
  - Timer alene?
  - Rummelighed og tilpasning på arbejdspladsen?
- **Hvad skal man tilbyde borgerene, som giver mening?**
- **At lave en individuelt tilrettelagt indsats!**
- **Koordinering og konflikter med andre indsatser og systemer**

# Virkning af forløbene



# Efter ressourceforløbene: borgernes oplevelse



# Resultat af ressourceforløbene

Arbejdsmarkedsstatus 12 måneder efter endt forløb	%
Beskæftigelse	2,5
Dagpenge	0,9
Kontanthjælp	3,9
Sygedagpenge / jobafklaring	2,8
Førtidspension	47,1
Nyt ressourceforløb	11,3
Mini fleksjob	14
Uden indkomst	6
Uden indkomst de første 3 måneder efter	9,8
Død	3,1
Andre ydelser / pension / efterløn	7,5

# Hvad virker så?



- Ikke ret meget... desværre!
- I hvert fald ikke hvis vi leder efter REDSKABET!
- Alligevel kan forskningen godt pege på ”noget”:
  - Den meningsfulde (for borgeren) indsats!
  - Den individuelle indsats – altså den virkeligt individuelle
  - Social politiske indsatser virker (oftere) – men som regel ikke direkte på beskæftigelsen
  - De små ting og de (for systemet) ligegyldige og uvirksomme forhold



# Og hvad virker det på?



- Re-definition af succeskriteriet. Det kan være både mere meningsfuldt og effektivt at tale mere om:
  - Trivsel
  - Helbred
  - Færre bekymringer
  - Praktiske problemer
  - Familiesituationen, økonomien, hverdagen (eller manglen på samme)
- ... end at tale om, hvornår og hvor meget kan du arbejde? Også selvom man ikke kan se den umiddelbare virkning for arbejdsevnen.
- Effekter kan (og er ofte) være meget langsigtede

# Redskaber, evidens og individuelle forløb



- Evidens og individuel tilrettelæggelse – og en indbygget modsætning.
- Skønsudøvelsen er det allervigtigste redskab



# Hvad med den sociale situation?



**HOLDER FORESTILLINGEN OM, AT  
REFORMEN GØR SYGE TIL EN DEL AF  
FÆLLESSKABET?**

# At være ekskluderet?



## **Hverdagsbetydning:**

Ufrivilligt at stå eller være holdt udenfor et fællesskab eller en gruppe.

# Social marginalisering – 3 dimensioner



- **Individuel:** Kontrol over egen tilværelse. Handlemuligheder. Selvstændighed.
- **Social:** Socialt netværk. Kontakt med andre. Social status. Tillid. At indgå i fællesskaber.
- **Politisk:** Social og samfundsmæssig deltagelse. Fritidsaktiviteter. Foreningsliv. Aktivitet og handling. Politisk deltagelse.

# Resultaterne fra ”Arbejde og Sygdom”

## Sygdom og social eksklusion

- Handicap og Kronisk sygdom har **afgørende betydning** for den sociale eksklusion
- Handicap og kronisk sygdom øger risikoen for **lav autonomi og trivsel**
- ... og dette forårsager **svagere sociale relationer** og en markant lavere grad af **social deltagelse**
- handicap og sygdom får **negative, sociale konsekvenser for alle** på tværs af arbejdsmarkedstilknnytning, uddannelse, indkomst mv.

## Arbejde og social eksklusion

- Kronisk syge og handicappede er **ikke socialt ekskluderede, fordi de ikke arbejder.**
- Arbejdsmarkedseksklusion medfører **ikke social eksklusion**, og arbejdsmarkedseksklusion **forværrer ikke den sociale eksklusion**
- Arbejdsmarkedseksklusion har **formentlig negative konsekvenser**, men de **smitter ikke af på det sociale liv** og graden af social eksklusion
- Folk **reagerer og håndterer** arbejdsmarkedseksklusion vidt **forskelligt**

# Handlinger og handlemuligheder



- Handicappede og kronisk syge **ønsker sig i højere** grad end raske mere **social kontakt**, end de har
- De **ønsker** også i **højere grad at deltage mere**, end de gør sammenlignet med raske.
- Til gengæld er personer, der **ikke er i arbejde mere tilfredse med mængden af sociale relationer og kontakt** end personer i arbejde
- Og **arbejdsmarkedseksklusion** har **ingen betydning** for, i hvor høj grad **man deltager** så meget, som man gerne ville

# Politiske udfordringer



- Arbejde er ikke løsningen på alt... og pension er ikke = social deroute
- Det sociale fællesskab er ikke bare et arbejdsfællesskab
- Beskæftigelsespolitik *kan* få folk i arbejde men løser ikke sociale og helbredsmæssige problemer
- En del af borgerne oplever forværringer helbredsmæssigt og / eller socialt
- En – temmelig stor del – af borgerne oplever ikke ressourceforløbene som meningsfulde



# Behov for mere forebyggelse



- En betydelig del af målgruppen kunne med fordel have fået en tidligere og forebyggende indsats
  - Lønarbejdere, der er blevet syge
  - Nedslidning
  - Arbejdsskader
  - Psykisk arbejdsmiljø
- Tidlige indsatser:
  - Arbejdsfastholdelse
  - Omskoling / omplacering
  - Revalidering
  - Arbejdsmiljøbelastning

# Hvor kommer borgerne fra?

Før 2013



<b>Beskæftigelse efterfulgt af sygedagpenge</b>	<b>Ca. 50 %</b>
<b>Beskæftigelse efterfulgt af kortvarig kontanthjælp</b>	<b>Ca. 10 %</b>
<b>Langvarig kontanthjælp</b>	<b>Ca. 20 %</b>
<b>Skiftende ydelser &amp; beskæftigelse</b>	<b>Ca. 15 %</b>
Fleksjobvistering	Ca. 5 %

# Hvad så med velfærdsstaten?



- Fra beskyttende ydelser til beskyttelse mod ydelser!
- Skift i opfattelsen af medborgerskab:
  - Fra: et sæt af sociale (økonomiske), politiske og juridiske rettigheder som var uafhængige af social status
  - Til: Rettigheder baseret på tilknytning til lønnet arbejde
- Reduktion af fællesskabsbegrebet – fra socialt fællesskab til arbejdsfællesskab
- **Resultat: Svækkelse af syge og handicappedes økonomiske og juridiske beskyttelse!**
- **Resultat: Er velfærdsstaten under afvikling fremfor udvikling?**

# Tak for opmærksomheden!



**SPØRGSMÅL OG  
KOMMENTARER?**